

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 26 juillet 1892, à 1 heure

PAR

Louis JOÜON

Né à Rennes, le 25 août 1863

Licencié en Droit

Lauréat de l'École de Médecine de Nantes (1886).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GROSSESSE TUBAIRE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

MM.

Juges : { QUINQUAUD, professeur.
POLAILLON, NÉLATON, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 26 juillet 1892, à 1 heure

PAR

Louis JOÛON

Né à Rennes, le 25 août 1863

Licencié en Droit

Lauréat de l'École de Médecine de Nantes (1886).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GROSSESSE TUBAIRE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

MM.

Juges : { QUINQUAUD, professeur,
POLAILLON, NELATON, agrégés.*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TILLAX.
Thérapeutique et matière médicale.....	G. POUCHET.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBENE.
Clinique médicale.....	STRAUS
	G. SEE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHARCOT.
Clinique chirurgicale.....	VERNEUIL.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SEGOND.
BRISSAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	TUFFIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	WEISS
CHANTEMESSE	LETULLE.	RETTÉTER.	
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESSAIGNES	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MEIS ET AMICIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOUBINE

Membre de l'Académie de Médecine, 1884

Médecin des hôpitaux, 1884

Officier de la Légion d'Honneur, 1884

Docteur en Médecine, 1884

Docteur en Pharmacie, 1884

Docteur en Sciences, 1884

Docteur en Lettres, 1884

Docteur en Droit, 1884

Docteur en Théologie, 1884

Docteur en Philosophie, 1884

Docteur en Médecine, 1884

Docteur en Pharmacie, 1884

Docteur en Sciences, 1884

Docteur en Lettres, 1884

Docteur en Droit, 1884

Docteur en Théologie, 1884

Docteur en Philosophie, 1884

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin des hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur.

AVANT-PROPOS

La fréquence des maladies des trompes n'est plus à démontrer ; elle est admise depuis longtemps. En 1858, Scanzoni écrit que ces maladies accompagnent le plus souvent les affections de l'utérus et du vagin ; Aran assure qu'elles existent presque toujours en même temps que la métrite ; puis, nombre d'auteurs parmi lesquelles nous citerons O. Saint-Vel, Lexinturier, Seuvres, Bernutz, Goupil, Siredey, établissent que dans le plus grand nombre des affections utérines les annexes sont atteintes. Depuis ces travaux, les recherches modernes sont venues à l'appui de cette manière de voir, ainsi que le prouvent les chiffres suivants empruntés à différents auteurs : Lewers (1884) a examiné l'état des organes génitaux internes sur 100 cadavres autopsiés au London-Hospital en l'espace de treize mois ; il a constaté 15 fois des altérations diverses des trompes. Winckel (1886) sur 500 femmes a trouvé 300 fois des lésions plus ou moins accentuées, parmi lesquelles prédominent celles de l'utérus. Sur 100 malades de sa polyclinique, Martin en a noté 63 atteintes d'altérations des oviductes ; Lawson Tait et Saënger

en ont rencontré de nombreux exemples chez les femmes atteintes de blennorrhagie, et le premier de ces auteurs en a mentionné quelques cas chez des vierges.

Depuis ces dernières années, les faits connus se sont multipliés, aussi nous a-t-il paru intéressant de réunir les données de la science sur ce point et d'en faire une étude approfondie.

Durant nos études histologiques, notre excellent et savant ami le Dr Pilliet, voulut bien attirer notre attention, d'une façon spéciale sur certaines préparations d'hémato-salpinx qu'il avait déjà présentées à la Société anatomique. Il nous communiqua les observations correspondantes qui furent la base de notre travail. C'est pour nous un devoir de lui adresser nos remerciements pour les conseils qu'il nous a largement donnés.

Que M. le professeur Laboulbène qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse reçoive ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.





PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

Dans l'hémato-salpinx le fait capital étant l'accumulation de sang dans la cavité de la trompe et sa distension, la première question qui se présente à nous est celle de savoir d'où provient le sang.

Il peut provenir ou des trompes de Fallope elles-mêmes ou des organes voisins.

La sécrétion d'une certaine quantité de sang par la muqueuse tubaire, à l'état normal ou à l'état pathologique, semblant aujourd'hui un fait parfaitement acquis, c'est par l'étude de cette première source de l'épanchement sanguin dans la trompe, que nous allons commencer.

A l'état normal, au moins dans un certain nombre de cas, il semble que les trompes utérines soient le siège d'une congestion et d'une sécrétion sanguine aux époques menstruelles. D'après Puech il y aurait à ce moment une hémorrhagie physiologique dans la cavité tubaire analogue à celle de la cavité utérine.

Cette idée de faire participer les oviductes à la production du flux cataméniale était acceptée par

R. Lee, Pouchet, Raciborski ; elle fut reprise par plusieurs auteurs et tout dernièrement par Bandl et L. Tait. On a trouvé en effet à l'autopsie de femmes mortes pendant la menstruation, du sang dans la cavité des trompes et quelquefois aussi une congestion manifeste de leur muqueuse, notamment vers le pavillon. On a cité de nombreux cas de ce genre, ainsi Gendrin sur cinq autopsies faites dans ces conditions, a trouvé du sang ou un mucus rougeâtre dans l'une ou les deux trompes chez quatre femmes et Scanzoni cite trois autopsies de femmes mortes pendant la période menstruelle, chez lesquelles on trouva du sang coagulé dans les trompes.

Quelques observateurs ont nié ce fait et Harley, à propos de l'un des premiers cas d'hémato-salpinx opérés par L. Tait, a été jusqu'à contester l'exactitude de cette observation, tellement il lui semblait impossible qu'une hémorrhagie pût se produire dans les trompes de Fallope ; il croyait qu'il y avait eu erreur de diagnostic et qu'il devait s'agir d'un cas d'utérus double. Il se basait, pour soutenir sa manière de penser, sur une autopsie qu'il avait faite d'une femme qui s'était suicidée au moment où elle allait avoir ses règles, et chez laquelle il ne trouva aucune trace de congestion dans la muqueuse des trompes, alors que celle de l'utérus était fortement congestionnée de même que l'extrémité frangée des oviductes, et sur ce que ces organes, d'après lui, n'ont qu'un rôle passif dans le phénomène de la menstruation.

Faut-il dire qu'il se produit toujours au moment des règles une hémorrhagie dans les trompes ? nous ne le croyons pas ; mais il est des observations qui prouvent, en dehors des autopsies, qu'elles s'y produisent assez souvent.

Les chirurgiens qui se sont servi du clamp dans les ovariectomies ont pu observer assez fréquemment, dans un tiers des cas, selon Spencer Wells, une sorte de flux cataménial par le pédicule fixé à la paroi abdominale, se répétant à chaque époque menstruelle et finissant par disparaître lors de l'oblitération de la trompe. M. Poncet de Lyon rapporte que M. Hergott a vu à Vienne une malade opérée par Mosetig d'un kyste de l'ovaire chez laquelle, la trompe ayant été saisie dans le pédicule, il se faisait à chaque époque menstruelle un suintement de sang par la cicatrice de la plaie. Prewit a publié un cas analogue. L. Tait raconte qu'ayant été obligé d'opérer une femme pendant la menstruation et n'ayant pas inclus la trompe dans le clamp, pour des raisons spéciales, le sang menstruel coula par la trompe en quantité assez considérable, pendant plusieurs jours après l'opération.

Ces faits sembleraient établir la participation des trompes à la production du flux cataménial ou tout au moins au travail congestif qui a lieu dans les organes de la génération au moment de la menstruation.

Il est facile de comprendre, en effet, que si, à l'état physiologique, les trompes secrètent une petite quan-

tité de sang, cette quantité augmentera si elles sont le siège d'une congestion plus active ou d'une inflammation.

Les hémorrhagies tubaires ont été observées dans des conditions les plus variées et au cours de maladies générales ou locales : dans la rougeole (Scanzoni, Rokitansky), dans la variole (Laboulbène), dans la scarlatine (Hélie de Nantes), dans l'ictère grave (Proust), dans le purpura (Barlow), dans la chlorose (Heurtaux) dans le choléra, dans des cas d'empoisonnement, de brûlures étendues (Winckel) etc. Rokitansky dit avoir vu deux fois une hémorrhagie tubaire survenue pendant le cours d'une fièvre typhoïde. Tilt a observé le même fait, à plusieurs reprises, pendant l'épidémie de fièvre puerpérale qui eut lieu à l'Hôtel Dieu de Paris en 1746.

Les hémorrhagies tubaires ont été constatées d'une façon encore plus précise et plus directe dans les affections du cœur, des poumons, des reins, du foie, etc. Rokitansky les avait observées chez une femme qui avait souffert d'un emphysème chronique et d'une bronchectasie. Dans ces circonstances différentes il y a lieu de se demander si la congestion et l'hémorrhagie sont toujours dues à la gêne circulatoire, ou si parfois il ne faut pas faire intervenir un acte d'ordre réflexe. M. le professeur Potain, en effet, a démontré d'une manière péremptoire la solidarité pathologique qui existe entre les organes thoraciques et les annexes de l'utérus, en étudiant les fluxions pleuro-pulmonaires d'origine utéro-ovarienne.

Chambon, Jacquemier et Voisin, etc., ont signalé l'influence du corset sur la congestion et les hémorrhagies de l'appareil génital interne. Mme Boivin craignait que la compression des varices des membres inférieurs chez les femmes n'amenât des troubles du côté de l'utérus et de ses annexes et ne provoquât des hémorrhagies utérines. Enfin Hamilton prétendait avoir provoqué le flux cataménial chez une jeune femme qui éprouvait une suppression des règles depuis sept mois en lui faisant une compression énergique de l'artère crurale.

Nous ne nous arrêterons pas davantage sur toutes les causes et circonstances qui peuvent déterminer une congestion et une hémorrhagie dans les organes de la génération. D'après cette étude, nous ne pouvons nier l'existence de l'hémato-salpinx résultant de l'inflammation de la muqueuse, mais ce que nous nous efforcerons d'établir dans la suite, c'est sa rareté relativement à l'hémato-salpinx provenant d'une GROSSESSE-TUBAIRE AVORTÉE.

Avant d'étudier cette question il nous reste à examiner celle de savoir si le sang qui se trouve dans l'oviducte peut provenir de l'utérus.

La célèbre observation de Ruysch d'une femme chez laquelle on trouva à l'autopsie, du sang dans la cavité utérine, dans la trompe et jusque sur l'ovaire, a servi de base à cette hypothèse d'après laquelle le sang pourrait passer de l'utérus dans les trompes et l'abdomen. C'est la théorie du reflux, comme l'a appelé Aran, acceptée par plusieurs mé-

decins et physiologistes et dont Bernutz se fit le principal défenseur.

Scanzoni, Fritsch, Eshausen, Veit, Braun, etc., l'ont également admise. L'existence des grossesses extra-utérines a été souvent citée comme une preuve physiologique toute faite de la pénétration des liquides de l'utérus dans les trompes. Mais ce sont surtout les observations anatomo-pathologiques qui ont servi à défendre la théorie du reflux. Des expériences assez nombreuses ont été également faites dans le but d'élucider cette question. Sauvages admettait, d'après ses propres expériences pratiquées sur des cadavres, que les flatuosités passent sans peine de la matrice dans l'abdomen à travers les trompes utérines. Ces expériences ont été renouvelées plus tard avec des liquides simples ou solidifiables par Vidal de Cassis, par Hourmann, par M. le professeur Guyon, par Klemm, sous la direction de Hennig, par Fritsch et beaucoup d'autres. Il résulte de ces expériences très nombreuses que dans certains cas et dans des conditions particulières, les liquides injectés dans l'utérus ont pu passer dans les trompes et dans la cavité abdominale.

On a signalé également des accidents graves survenus du côté de l'abdomen à la suite d'une injection intra-utérine ou même vaginale, et que l'on a cru pouvoir attribuer à la pénétration de gaz ou de liquides dans les trompes et la cavité péritonéale. Tels sont les faits rapportés par Hourmann, Martiatu, Guillier, Bandl et plusieurs autres auteurs.

De plus il est d'autres cas dans lesquels le passage du liquide de l'utérus dans les trompes a été constaté à l'autopsie, comme dans les observations de Haselberg, de Barnes, de Spâth, de Hewer, de Duncan, etc.

Les circonstances spéciales qui favorisent le passage des liquides de la cavité utérine dans les trompes et la cavité abdominale sont relatives aux trompes elles-mêmes et à l'état de l'utérus.

Du côté des trompes il faut citer principalement : leur béance exagérée, fait noté par Duncan, la rigidité des parois (Oldham) leur embouchure anormale ou leur direction s'approchant de la verticale. Hennig signale la paralysie du sphincter de l'*ostium uterinum*. Beigel et Biedert ont insisté sur la dilatabilité des trompes.

Du côté de l'utérus, on a signalé les flexions, les atrésies et tout ce qui peut s'opposer à la libre sortie des liquides à travers l'orifice du col utérin.

En résumé, si nous admettons la possibilité du passage des liquides de la cavité de l'utérus dans les trompes, nous croyons qu'il ne pourra se faire que dans des proportions fort restreintes à cause des petites dimensions de l'orifice interne des trompes.

La théorie du reflux est donc insuffisante pour expliquer la présence du sang dans les oviductes dans les cas d'hémato-salpinx. Inacceptable, lorsque l'*ostrium uterinum* est fermé, elle ne saurait rendre compte du mécanisme au moyen duquel se fait l'enkystement de la trompe.

Il importe d'être fixé sur la valeur pathogénique de cette question qui a son côté pratique. En effet, si l'hémato-salpinx dépendait toujours d'un reflux du sang menstruel, il suffirait de faire la dilatation du col utérin pour empêcher sa formation ou parer à ses complications, ce qui été essayé sans le moindre succès.

Le sang qui se trouve dans la trompe dans l'hémato-salpinx peut encore provenir de l'ovaire. Celui-ci étant parfois le siège de kystes sanguins plus ou moins volumineux est souvent adhérent au pavillon de la trompe. Or il peut arriver qu'un de ces kystes se déchire à ce niveau et que son contenu passe dans la cavité de l'oviducte absolument comme dans les kystes tubo-ovariques de A. Richard. Il y a dans la science plusieurs exemple de ce genre ; mais dans ces cas, assez rares d'ailleurs, la lésion de l'oviducte a une importance secondaire, et nous ne nous y arrêterons pas plus longtemps.

Nous examinerons maintenant le mécanisme de l'accumulation du sang dans les oviductes et les causes qui la déterminent.

Il faut, pour que cette accumulation puisse se produire une oblitération des extrémités de la trompe, ou tout au moins, de son extrémité ovarienne.

L'extrémité adominale de la trompe peut être rétrécie ou oblitérée (atresia tubæ abdominalis). Il semble que l'oblitération peut, parfois, être congénitale (Baillie) : mais dans la grande majorité des cas, elle est certainement acquise, et elle est alors presque

toujours la conséquence d'une inflammation. Le catarrhe des trompes ne s'accompagne, en général, que d'un rétrécissement de leur orifice abdominal, mais il peut aussi en résulter une soudure de leurs parois et une oblitération complète. D'autre fois l'oblitération se fait au niveau du pavillon par la soudure des surfaces séreuses des franges dans les péritonites de voisinage. On sait avec quelle facilité les séreuses enflammées se soudent entre elles lorsqu'elles sont en contact.

Dans ce cas on trouve souvent une inversion de l'extrémité frangée des trompes, c'est-à-dire que les franges sont rabattues dans la cavité tubaire. Klob attribue ce fait à une contraction particulière de la couche musculaire longitudinale de la trompe ; c'est possible. Mais il est difficile de comprendre comment la contraction des fibres longitudinales peut déterminer une inversion aussi complète des franges en dedans. Hennig accepte cette explication et Puzos admettait aussi que, normalement, les fibres charnues de la trompe, en se raccourcissant, faisaient fléchir les franges comme les doigts de la main.

L'extrémité abdominale de la trompe peut encore être fermée par un autre mécanisme. A l'état physiologique, à chaque époque menstruelle, le pavillon de la trompe entre en contact avec l'ovaire, et alors, s'il y a un état inflammatoire de l'un de ces organes ou du péritoine qui les entoure, le rapprochement peut devenir définitif ; la trompe reste ainsi bouchée complètement par l'ovaire.

L'extrémité des oviducts peut être oblitérée encore par de fausses membranes ou autres restes de péri-mérite. Il est très fréquent, en effet, de trouver une affection quelconque des trompes, à peu près dans la moitié des cas, selon Bandl, lorsqu'il y a des résidus inflammatoires autour des annexes de l'utérus.

L'oblitération de l'extrémité utérine des trompes est aussi assez fréquente. Alberts a trouvé fermé 35 fois l'orifice abdominal et 9 fois seulement l'orifice utérin.

Il peut y avoir une imperforation congénitale mais le plus souvent elle est acquise. M. le professeur Guyon avait cru trouver une sorte d'hymen circulaire dans l'*ostium uterinum*, mais il reconnut ensuite qu'il n'avait eu affaire qu'à des cas pathologiques.

L'épaississement de la muqueuse tubaire occasionné par une inflammation aiguë ou chronique, peut rétrécir ou oblitérer complètement l'orifice interne de la trompe, et cette oblitération peut être transitoire ou devenir permanente. D'après Hennig, lorsque la lumière de la trompe dans son trajet à travers l'utérus tombe au-dessous de 0,005 millimètres, sa sécrétion physiologique ne peut plus être versée dans la cavité utérine.

L'occlusion de l'*ostium uterinum* peut encore être occasionnée par une inflammation de la muqueuse utérine à cet endroit, ou par une production morbide, un corps fibreux notamment, siégeant dans les pa-

rois utérines ou dans la trompe près de son embouchure dans la cavité de la matrice.

Les trompes, par leur changement de position et de direction, par leur flexion, leur torsion, etc..., peuvent aussi déterminer leur obstruction vers l'extrémité utérine, où leur calibre est de moindres dimensions. Les déplacements des oviductes sont très fréquents et des plus variés. Ils accompagnent tantôt ceux de l'utérus, tantôt ceux des ovaires, ou se produisent isolément. Enfin des oblitérations et des imperforations peuvent siéger dans un point quelconque du trajet des trompes.

Maintenant nous pouvons nous demander quelle est l'importance relative de l'oblitération des extrémités de la trompe dans la production de l'hémato-salpinx.

Bernutz avait attribué à l'oblitération de l'*ostium uterinum* la production de sa huitième espèce de rétention menstruelle, c'est-à-dire de celle qui a lieu uniquement dans les trompes ; mais nous croyons qu'il a singulièrement exagéré l'importance de cette oblitération dans l'interprétation des phénomènes des trois observations qui lui ont servi de base pour établir sa huitième classe de rétention.

Nous ferons, en effet, observer que dans bon nombre de cas, l'oblitération de l'orifice interne de l'une ou des deux trompes a passé absolument inaperçue pendant la vie, parce qu'elle n'a donné lieu à aucun accident et qu'elle ne s'est accompagnée d'aucun trouble pathologique, sauf, bien entendu, la stérilité

dans le cas d'oblitération double. C'est le hasard qui les a fait découvrir à l'autopsie. Il est évident que dans ces cas le produit de sécrétion des trompes, muqueux ou sanguin, s'est déversé dans la cavité péritonéale où il a été résorbé. On sait en effet par les expériences de Fritsch, de Poncet, etc., que le péritoine supporte très bien le sang normal et que le sang aseptique qui reste dans la cavité péritonéale après la laparotomie se résorbe sans amener aucun inconvénient. D'ailleurs M. le professeur Hayem a démontré par des expériences fort intéressantes comment se fait l'absorption du sang en nature par la grande séreuse abdominale. D'autre part, nous ferons remarquer que l'oblitération de l'*ostium uterinum* n'est pas indispensable pour qu'il se fasse une accumulation de liquides dans la cavité des trompes, et qu'elle peut avoir lieu quoique leur canal reste perméable du côté de l'utérus. C'est surtout l'oblitération de l'extrémité ovariennne de l'oviducte ou dans un point quelconque de son trajet près de cette extrémité qui détermine l'accumulation de liquides dans sa cavité, et plus encore l'état congestif ou inflammatoire de la trompe qui est la cause de l'hémorrhagie tubaire et souvent de l'oblitération de l'oviducte. Néanmoins nous ne voulons pas nier toute influence à l'obstruction des trompes au niveau de leur embouchure dans la matrice, car elle doit certainement aider à la rétention des liquides dans leur cavité, mais nous voulons démontrer qu'elle n'est pas la seule et unique cause de ces rétentions.

Il résulte de cette étude que l'inflammation de la trompe est, en général, la cause de l'hémorrhagie et de son enkystement mais il nous reste à examiner le cas où l'on a trouvé la trompe distendue par du sang et cela sans obturation du canal génital, c'est-à-dire l'hémato-salpinx, résultat de grossesse tubaire avortée et en état de régression. Les hémato-salpinx sont de plus en plus rattachés à la grossesse tubaire; il ne s'agit plus de prouver qu'un hémato-salpinx peut être un résultat de grossesse car cette démonstration était faite depuis longtemps. La première observation, en effet, dans laquelle la contestation histologique des villosités placentaires dans une hémato-salpingite sans fœtus a permis d'affirmer la grossesse tubaire, paraît être française, ce serait celle de Ch. Robin (Th. de Fenerly, Paris, 1855, p. 56). Mais il s'agit d'établir la proportion des cas de grossesse tubaire dans l'hémato-salpinx. On la trouve déjà très considérable lorsqu'on envisage les faits dans lesquels la trompe, distendue par un caillot, contient soit un fœtus, soit des débris de villosités placentaires. Mais lorsque les villosités sont entièrement résorbées, lorsqu'il n'existe plus par conséquent de démonstration péremptoire et concluante de la grossesse, peut-on, d'après les caractères de la paroi tubaire restée en place, affirmer ou tout au moins supposer l'origine placentaire d'un caillot de la trompe. C'est le problème que nous allons essayer d'étudier. Tait croit qu'avant d'arriver à des idées saines sur la pathogénie de la génération il faut re-

noncer aux anciennes idées suivantes : 1° que le rut des animaux est analogue à la menstruation chez la femme ; 2° que les spermatozoïdes rencontrent l'œuf dans la trompe. C'est cette dernière proposition qui nous intéresse le plus et qui sans être démontrée d'une manière absolue peut être admise comme hypothèse.

Pour arriver à ces conclusions il s'appuie sur les recherches de Johnstone et Bland Sutton. Ces auteurs cherchant à confirmer l'opinion d'Aveling, que la menstruation n'est que la suite de la préparation de l'utérus pour la réception de l'œuf, sont arrivés aux conclusions suivantes :

Au point de vue de l'évolution, la menstruation est à peu près exclusivement propre à la femme. Elle serait due à sa position debout. Elle consiste dans la dénudation mensuelle de la muqueuse utérine et la dissolution, dans une certaine quantité de sang, de la prolifération cellulaire qui constitue cette préparation pour l'œuf.

L'utérus est donc l'organe qui doit recevoir l'œuf et c'est là seulement que doit se faire la fécondation. Les trompes sont pourvues d'un épithélium cilié servant à chasser l'ovule vers l'utérus ; mais puisque la fécondation doit se faire seulement dans l'utérus, cet épithélium a un rôle plus important encore, celui d'empêcher les spermatozoïdes d'arriver dans la trompe. Qu'une cause quelconque vienne à détruire cet épithélium, les spermatozoïdes pourront dès lors pénétrer dans la trompe. La dénudation de celle-ci rend sa surface semblable à celle de la muqueuse utérine

au moment de la chute épithétiale dans la menstruation et l'œuf, après fécondation, pourra séjourner dans sa cavité et s'attacher à ses parois.

Or on remarque très souvent, en examinant les antécédents des malades atteintes de grossesse extra-utérine, qu'elles ont souffert à un certain moment soit d'une vaginite infectieuse, soit de quelque inflammation utérine, telle que les suites de couches, ou de quelque trouble inflammatoire qui, en s'étendant à la trompe, a donné lieu à une salpingite. Cette salpingite sera desquamative; elle détruira l'épithélium des trompes.

Toute grossesse extra-utérine est donc primitivement tubaire; si elle a lieu dans la partie de la trompe qui traverse l'utérus, elle sera interstitielle et c'est à cause de cette variété qui n'est pas réellement extra-utérine que Barnes a proposé de substituer le terme d'ectopique à celui de grossesse extra-utérine; si elle a lieu dans la partie libre, elle sera tubaire franche; enfin si l'œuf est logé près de l'extrémité libre nous aurons des grossesses infundibulaires.

Les choses étant ainsi, comment se termine une grossesse tubaire? D'abord il est presque admis par tout le monde que la rupture est la terminaison variable de cet état: cette rupture est précoce, elle a lieu avant la dernière semaine, au moment où les villosités commencent à s'atrophier et le gâteau placentaire à se former.

Le placenta pourra s'insérer sur la partie supérieure libre de la périphérie interne de la trompe ou

dans la partie inférieure qui correspond à d'intervalle compris entre les deux feuillets du ligament large. Cette différence d'insertion est capitale, parce que c'est l'insertion placentaire qui détermine la rupture. Les parois de la trompe, en effet ne s'hypertrophient pas comme celles de l'utérus. Elles sont traversées par de gros sinus qui les amincissent. Si l'implantation s'est faite sur la partie supérieure, il y aura rupture intra-péritonéale suivie d'hémorragie rapidement mortelle, à moins qu'il n'existe des fausses membranes qui permettent à l'épanchement de s'enkyster.

Si la rupture a lieu dans la partie qui se trouve enfermée entre les feuillets du ligament large, la rupture sera extra-péritonéale ; les deux feuillets s'écarteront sous la pression du sang, mais par le fait même de la résistance des tissus et du pouvoir hémostatique des mailles du tissu conjonctif, l'hémorragie sera bientôt limitée.

Si l'on consulte les auteurs qui ont écrit de 1850 à 1870, on croirait volontiers que l'enkystement est presque un fait habituel. Lawson Tait, Schræder, Auguste Martin, Veit, ont au contraire une tendance à regarder l'épanchement non enkysté comme se rencontrant dans la majorité des cas. Il est difficile de dresser un tableau statistique car la plupart des auteurs dont nous rapportons les cas se sont contentés de dire qu'il y avait beaucoup de caillots sanguins sans se préoccuper de savoir s'il y avait enkystement ou tendance à ce processus. Veit croit que lorsqu'il

n'existe pas d'adhérences antérieures le sang reste libre, dans la cavité abdominale et n'a pas de tendance à s'enkyster.

Ce qui nous intéresse le plus c'est de savoir où se fait la rupture de la trompe ; elle peut avoir lieu au tiers externe, au tiers interne, ou à la partie moyenne. Ordinairement unique, la déchirure peut être quelquefois multiple, et la trompe présente en arrière, plusieurs éraillures qui ne sont pas de même date. Ce sont des déchirures véritables, irrégulières, allongées, pour la plupart du haut au bas. Par les lèvres de ces déchirures, on voit un tissu charnu très vasculaire faisant pour ainsi dire hernie.

La trompe malade est pleine de sang liquide ou coagulé ; on trouve même assez souvent un caillot plus résistant et plus volumineux que les autres, accolé par des adhérences assez solides aux parois de la trompe ; une pareille adhérence serait, d'après certains auteurs, un signe de grossesse tubaire. La forme de la trompe est très souvent caractéristique, on la voit souvent se renfler tout d'un coup sous la forme d'un kyste qui tantôt renferme l'œuf et tantôt ne contient que le placenta ou les villosités chorionales.

Sur une coupe, tantôt la trompe n'apparaît malade qu'au niveau du kyste fœtal, c'est-à-dire sur un point limité, tantôt et plus souvent, comme le fait remarquer Pozzi, il y a des traces de salpingite plus ou moins accusées.

Les ovaires sont apparents, ou profondément ca-

chés par de fausses membranes adhérentes ; leur aspect est des plus variables. Ils présentent souvent à la coupe des corps jaunes des plus nets. L'utérus peut être augmenté de volume, sa cavité plus grande, ses parois plus molles, sa muqueuse boursoufflée.

Sans insister davantage sur ces lésions, nous signalerons ici la possibilité d'une grossesse tubaire récidivante.

A la séance du 10 mai 1878 de la Société obst. et gynéc. de Berlin, Veit a présenté une trompe gravide provenant d'une malade à laquelle il avait fait une ablation d'annexes pour la même cause, et à ce propos, il fit remarquer que sur 12 cas de grossesses extra-utérines tubaires il avait observé trois fois la récurrence du côté opposé.





ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'inflammation de la trompe est connue depuis longtemps ; les travaux d'Aran et de ses élèves, bien résumés dans les traités de gynécologie, en ont préparé presque entièrement l'histoire.

Cependant cette affection, qui semble actuellement jouer un rôle prédominant dans l'évolution des maladies péri-utérines, a souvent été méconnue et a passé inaperçue au milieu des désordres du voisinage.

La pelvi-péritonite, les abcès pelyiens et les hématoécèles dont elle est presque toujours le point de départ, ont pendant longtemps été considérés comme étant la maladie principale, alors qu'ils n'étaient que la conséquence de la salpingite.

Cette erreur d'interprétation est due en grande partie à ce fait, que les autopsies des femmes mortes à la suite des lésions inflammatoires du petit bassin, montrent toujours des lésions étendues, multiples, complexes et dont l'interprétation aussi bien que le mécanisme sont difficiles à expliquer ; mais depuis que Lawson Tait et après lui d'autres chirurgiens eurent

donné le précepte d'ouvrir l'abdomen et d'enlever, même avec violence, les annexes de l'utérus malade, des données nouvelles ont permis de mieux étudier l'anatomie pathologique de la salpingite. On a pu voir ainsi les organes en place, n'ayant pas subi les altérations dues à l'état cadavérique. On a pu juger de leur coloration et de leur aspect souvent si caractéristiques. Il a été surtout facile d'étudier ces organes intacts, à l'état frais et d'en décrire avec soin les lésions histologiques sur des pièces recueillies aussitôt après leur ablation et conservées dans des liquides conservateurs appropriés.

Avant d'étudier l'anatomie pathologique de l'hémato-salpinx nous dirons quelques mots sur l'anatomie normale de la trompe.

ANATOMIE NORMALE. — Comme tous les organes, les trompes de Fallope sont sujettes à des variations de couleur, de réplétion vasculaire, de grosseur et de forme qui sont en rapport avec leurs fonctions physiologiques et avec l'âge des sujets. Elles offrent aussi des variétés individuelles. Elles acquièrent leur maximum de développement physiologique chez les femmes réglées ayant eu ou non des enfants et elles diminuent de volume chez les femmes âgées.

La muqueuse de la trompe, examinée à l'état normal, est, comme on le sait, plissée en long et hérissée de végétations et de villosités qui remplissent son conduit. Mais il y a, dans cette disposition des plis et végétations, beaucoup de variations en rapport avec le point de la trompe qu'on examine, avec l'âge des

sujets et aussi avec les individus. Au voisinage de la corne de l'utérus et dans le premier tiers du trajet du canal, les plis sont plus accentués et les villosités presque nulles. Sur une coupe transversale de la trompe, examinée à un faible grossissement, on voit simplement une fente étoilée correspondant à sa lumière. C'est la cavité presque virtuelle du canal qui présente de petites saillies formées par les plis de la muqueuse. Celle-ci est tapissée partout de cellules cylindriques à cils vibratiles. Dans le second tiers de la trompe, les plicatures et les villosités se développent; ces villosités vascularisées présentent des expansions latérales plus ou moins nombreuses, qui sont encore plus accentuées à mesure qu'on se rapproche du pavillon de la trompe. Sur une coupe de la trompe d'une jeune femme, faite à l'union du tiers externe et du tiers majeur de ce conduit, on voit que la surface de la muqueuse présente des saillies ou villosités simples qui sont peu développées, peu étendues, terminées par une extrémité conique, ovoïde, pointue ou renflée et d'autres villosités ou végétations plus volumineuses qui font saillie jusqu'au milieu de la coupe et qui sont ramifiées. Ces saillies, les dépressions situées entre elles, tous les méandres de la muqueuse sont tapissés de cellules cylindriques longues, à cils vibratiles.

Cette disposition des végétations simples ou composées est très marquée chez les jeunes femmes mortes accidentellement avec des organes sexuels normaux. Chez les femmes âgées, au contraire, la

trompe est plus mince et les plis et végétations sont moins accusés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans l'inflammation des trompes, on constate des phénomènes de multiplication cellulaire portant sur le revêtement épithélial et sur le tissu cellulo-vasculaire de la muqueuse et caractérisés par l'accroissement en longueur, l'augmentation du nombre, le bourgeonnement plus ou moins considérable des viscosités et végétations de cette membrane. Les vaisseaux de ces végétations sont naturellement accrus, aussi bien leurs réseaux situés dans la couche fibro-musculaire qui forme la paroi de la trompe. De cet accroissement des végétations de la muqueuse, de l'augmentation d'épaisseur de la paroi de la trompe, il résulte une augmentation plus ou moins considérable de son volume qui atteint la grosseur du petit doigt ou du pouce.

Ce bourgeonnement de la muqueuse constitue le caractère commun à toutes les salpingites. La cause qui le produit, jointe à la qualité propre de l'exsudat, est déposé à la surface interne de la muqueuse et aux lésions spéciales du tissu conjonctif des végétations, sert à déterminer les variétés de ces inflammations. Nous laissons de côté l'anatomie pathologique des salpingites catarrhale, purulente, blennorrhagique et tuberculeuse, bien qu'elles se

complicité parfois d'hémorrhagie, pour ne nous occuper que de l'hémato-salpinx.

Lorsque les trompes sont distendues par du sang, leur paroi est très manifestement amincie; mais non cependant en rapport avec leur dilatation, c'est-à-dire que si l'on avait dilaté artificiellement une trompe normale de façon à lui donner le même volume, la paroi ainsi obtenue aurait été de beaucoup plus mince. La membrane interne de la trompe présente à sa surface quelques végétations irrégulières, distantes les unes des autres, implantées sur la paroi; d'autres plus ou moins hautes et ramifiées, quelques-unes anastomosées avec leurs voisines. On peut dire que ces végétations sont petites, relativement à celles qu'on trouve dans la salpingite catarrhale ou purulente; elles sont même moins élevées que celles de la trompe normale d'une femme adulte, si on les considère isolément; mais il n'en est pas moins vrai qu'elles sont cependant très nombreuses, car il faut tenir compte de ce fait que, la cavité de la trompe étant très dilatée, elles sont implantées sur une très large surface. Le contenu de la trompe consiste simplement en globules rouges et les végétations présentent du pigment sanguin infiltré dans leur tissu conjonctif. Elles sont recouvertes de cellules épithéliales normales ou aplaties par la compression qu'exerce le sang épanché.

Pour nous rendre compte des détails histologiques qu'on observe au niveau de la paroi d'une hé-

mato-salpingite consécutive à la grossesse tubaire, il faut rappeler brièvement les détails de la placentation normale.

Les villosités choriales, tapissées d'un épithélium d'origine ectodermique, forment un tout, l'ectopla-centa, alimenté par le sang du fœtus; ces villosités se multiplient en se ramifiant et pénètrent comme des vrilles la muqueuse utérine en détruisant l'épithélium.

Elles arrivent ainsi au contact des lacs sanguins qui se sont développés depuis le début de la grossesse sous cet épithélium et les pénètrent, les remplissent, en même temps que leur revêtement se multiplie et prend l'aspect de grandes cellules soudées à noyaux multiples.

Quand le placenta se détache, les lacs béants sont privés de sang par la phlébite oblitérante des sinus qui les alimentaient dans la grossesse tubaire, le placenta reste le plus souvent en place; il est peu développé, souvent noyé par des hémorragies, en sorte qu'on observe seulement le reliquat des phénomènes que nous venons d'indiquer. Il en résulte une série d'aspect qu'il convient d'étudier séparément sur les villosités, sur la muqueuse et sur la musculuse de la trompe.

Les premiers détails de la placentation paraissent être les mêmes que dans l'utérus. On ne retrouve plus, en effet, des plis de la muqueuse ni d'épithélium au niveau de la greffe, mais seulement un caillot adhérent qui représente la couche des lacs san-

guins maternels, fusionnés par la disparition des villosités qui les oblitéraient.

Le nombre des villosités placentaires restées en place dans la partie de ce caillot la plus éloignée de la paroi tubaire, varie beaucoup, suivant l'âge de la grossesse. Quand il existe encore un fœtus, il est en général petit, l'observation de Gallard en donne un type remarquable. Il est relié au placenta par son cordon ; la cavité amniotique est développée, le placenta, quoique très réduit, est encore reconnaissable dans sa forme et les villosités sont très nombreuses, quoique en voie de transformation fibreuse.

Quand le fœtus a disparu, la cavité amniotique peut persister sous la forme d'une fente allongée, à parois lisses, occupant le centre d'un caillot très volumineux, qu'il faut sectionner méthodiquement pour la trouver. C'est qu'alors les ramifications des villosités ont disparu, que leur transformation fibreuse est très avancée, et que les lacs sanguins, débarrassés des cotylédons placentaires qui les obstruaient, ont donné lieu, chacun à leur tour, à des hémorrhagies successives qui les ont fusionnés entre eux et qui ont interposé un caillot presque pur entre les débris du placenta refoulé et la paroi de la trompe.

A ce degré, les villosités sont entièrement fibreuses ou myxomateuses, les cellules à noyaux multiples du placenta ne leur forment plus un revêtement partout continu, elles sont groupées par îlots, et les

noyaux deviennent de moins en moins abondants dans leur protoplasma.

Les bourgeonnements latéraux des villosités, si abondants dans le placenta normal, ont en grande partie disparu. Chaque villosité est entourée de globules rouges reconnaissables, signe d'un épanchement récent. Au contraire, le reste du caillot est composé de strates feutrées de fibrine à différents états d'organisation, ce qui montre que les hémorragies se sont faites par poussées successives et que chacune d'elles a dû dilacérer les couches des caillots plus anciens.

La muqueuse n'existe plus, la musculuse, très vasculaire, est amincie par la distension de la trompe. Il en résulte donc, au niveau de la greffe placentaire, un amincissement considérable de la paroi qui est exposée à se rompre plus que dans toute autre affection de la trompe.

Si l'on observe un caillot d'hémato-salpingite à un état plus avancé, quand il n'existe plus de cavité amniotique, les lésions sont naturellement plus avancées, mais de même nature. Les villosités sont de plus en plus rares, de plus en plus difficiles à retrouver dans le caillot ; celui-ci subit au voisinage de la paroi un commencement de régression que caractérise l'infiltration du tissu conjonctif intermusculaire et superficiel par un grand nombre de cellules migratrices chargées de débris d'hémoglobine et de pigment sanguin.

Enfin, on peut trouver comme reliquat de gros-

sesse tubaire un mince caillot pariétal adhérent, ne contenant plus de villosités et dont l'origine ne pourra être soupçonnée que pour deux raisons : dénudation de la muqueuse à son niveau et présence de ces cellules migratrices pigmentées dont nous venons de parler.

Tel est le résumé que l'on peut donner des lésions histologiques de la grossesse tubaire dans la trompe. On voit qu'elles peuvent être assez délicates à retrouver, qu'elles ont dû être souvent méconnues et que sans nier la possibilité de toute placentation sur le péritoine, il ne faut pas non plus l'affirmer en l'absence d'un examen histologique détaillé des trompes.

Nous donnerons ici quelques détails techniques sur la façon de constater l'existence du placenta : les pièces doivent être fixées par le liquide de Muller ; l'on peut compléter le durcissement par l'alcool vieux suivant le procédé de M. Gombaut.

La coloration des coupes variera, suivant que l'on veut mettre en évidence le caillot ou les villosités. Dans le premier cas, après une coloration élective par le carmin, d'alun, l'hématoxyline ou le vert de méthyle on pourra monter la pièce en la déshydratant dans l'essence de girofle éosinée.

Dans le second cas, il faudra se servir d'essence de girofle très légèrement teintée de citronine ou d'acide picrique.



SYMPTOMATOLOGIE

Des petites hémorragies dans les trompes peuvent passer tout à fait inaperçues pendant la vie, par leur peu d'importance ou par le peu de réaction qu'elles déterminent. Mais lorsque l'hémorrhagie tubaire s'accompagne d'une oblitération des orifices des trompes, ce qui est le cas le plus fréquent, toutes les fois qu'il y a un état inflammatoire de ces organes, il en résulte généralement, pour peu qu'elle soit considérable, une distension des oviductes et des symptômes plus ou moins accusés.

Le mode de début de l'hémato-salpinx est variable suivant la cause qui en a été le point de départ et les conditions particulières de la malade ; mais souvent il est insidieux et probablement lorsque les premiers phénomènes notables se manifestent, elle existait déjà depuis quelque temps.

Il est important de savoir qu'on peut la trouver chez des femmes réglées ou non réglées et chez des femmes qui ont eu des enfants ou qui n'en ont pas eu. Dans les cas d'imperforation congénitale des extrémités des trompes, les accidents ne commencent à se produire qu'aux premières époques menstruelles

ou bien plus tard, car cette imperforation ne donne lieu par elle-même à aucun signe particulier. Les règles peuvent se montrer, ou bien il n'y a que les phénomènes qui accompagnent le molimen menstruel sans écoulement de sang à l'extérieur.

Dans ces cas, que l'on suppose devoir attribuer à une imperforation congénitale, lorsque la menstruation existe, elle est ordinairement irrégulière et plus ou moins douloureuse.

Quand l'oblitération de la trompe est acquise on trouve presque toujours dans les antécédents de la malade, un accouchement, un avortement ou une lésion pelvienne antérieure bien ou mal caractérisée. Ces différentes circonstances peuvent précéder de près ou de loin les premiers symptômes de l'hématosalpinx.

Au début de l'affection, les symptômes n'ont rien de particulier et sont généralement attribués à une congestion pelvienne, à une métrite ou péri-métrite ou à toute autre affection des organes du bassin ; mais plus tard ils offrent dans leur évolution quelque chose de spécial.

Signes fonctionnels. — L'un des premiers phénomènes qui se manifestent est la douleur. Elle se fait parfois sentir d'une façon vague dans le bas-ventre, dans la région utérine, mais le plus souvent du côté de la trompe malade. Cette douleur plus ou moins profonde est fixée ou s'étend à une certaine distance et elle peut avoir des irradiations dans différentes directions, vers le pubis, les reins, la région inguinale,

la cuisse, le genou, etc. Elle revêt ordinairement un caractère particulier ; elle se présente sous forme de coliques, aussi les femmes les comparent-elles aux douleurs de l'accouchement. Elle commence à se manifester aux époques menstruelles, et s'il s'agit d'une femme qui n'a pas encore été réglée, elle apparaît en même temps que les signes qui indiquent l'établissement de la menstruation. Elle revient régulièrement à chaque période cataméniale, et d'ordinaire elle devient de plus en plus intense et se prolonge davantage à mesure que les périodes se répètent. Elle commence habituellement avant l'écoulement sanguin, augmente ensuite d'intensité et puis diminue graduellement se continuant parfois après la cessation du flux cataménial.

Les douleurs se prolongeant de plus en plus dans les intervalles des règles, finissent par devenir continues, mais alors elles présentent toujours des exacerbations régulières à chaque menstruation.

Lorsque la douleur n'est pas continue, elle peut aussi se manifester spontanément dans l'intervalle des règles ou bien elle ne se réveille que par la pression exercée à travers la paroi abdominale, par le vagin ou le rectum, ou mieux encore par le palper bi-mensuel. Par ce dernier procédé on peut souvent constater que la douleur se produit surtout lorsqu'on a la trompe serrée entre la main placée sur l'abdomen et le doigt introduit dans le vagin ou le rectum, tandis qu'elle est bien moins prononcée lorsque c'est

l'utérus que l'on tient interposé entre les deux mains qui explorent.

La douleur peut être exagérée lorsque la malade est debout ou dans une position forcée, par la marche, les secousses d'une voiture ou par des efforts. Très souvent aussi elle rend le coït impossible, parce qu'elle acquiert une grande intensité sous l'influence des rapports sexuels.

Dans certains cas, ces douleurs deviennent intolérables par leur intensité et leur persistance et rendent la vie insupportable à ces malheureuses femmes qui ne trouvent aucun soulagement dans les différents traitements qu'on leur fait subir. Quelques-unes ont fini par tomber dans la morphinomanie.

Dans l'hémato-salpinx la douleur tire donc quelque chose de spécial de son siège, de ses caractères et de sa marche.

A côté du symptôme douleur, nous devons étudier parmi les signes fonctionnels de l'hémato-salpinx les troubles de la menstruation.

Dans des cas rares, la menstruation semble continuer d'une façon à peu près normale; mais le plus souvent elle est altérée et de différentes manières.

Parfois la malade arrivée à l'époque de la puberté ne voit pas ses règles apparaître mais seulement les autres phénomènes de la première menstruation ou bien elle n'éprouve aucun de ceux-ci et l'aménorrhée persiste assez longtemps sans que l'on puisse trouver aucune malformation dans les organes génitaux internes qui explique cette absence des règles.

Plus tard des douleurs apparaissent dans le bas-ventre, durent pendant quelques jours et puis disparaissent pour revenir ainsi d'une façon périodique.

Lorsque l'hémato-salpingite survient chez des femmes qui ont déjà été réglées, qui ont eu des accouchements ou des avortements antérieurs ou une affection quelconque, la menstruation cesse ou devient irrégulière, parfois elle s'arrête brusquement pour revenir plus tard ou bien elle devient fréquente et profuse. Souvent on voit des métrorrhagies abondantes, accompagnées de douleurs très intenses, ou bien il y a un écoulement sanguin persistant, qui avait été donnée par Puech comme caractéristique des hémorrhagies tubaires, et qui comprend probablement quelques-uns des cas d'aménorrhée distillante de P. Frank, Aran, Bernutz.

Ainsi donc, dans l'hémato-salpinx il peut y avoir une suspension temporaire ou définitive de la menstruation, ou des règles plus abondantes.

Dans l'intervalle des règles, les femmes continuent souvent de se bien porter et peuvent se livrer à leurs occupations habituelles sans aucune incommodité ; aussi conservent-elles pendant assez longtemps un aspect de bonne santé.

Lorsque la distension de la trompe a acquis des dimensions relativement considérables, elle peut donner lieu à des phénomènes de compression dans les organes voisins, qui varient un peu, suivant la position qu'elle occupe, des douleurs, de la consti-

pation, des troubles du côté de la miction, etc., mais qui, en général, ne sont pas trop marqués.

Parfois la persistance et l'intensité des douleurs, l'abondance des hémorrhagies, les troubles digestifs et autres phénomènes d'ordre réflexe, finissent par altérer l'état général de la malade et compromettre sa santé.

Chez certaines femmes on note parfois un changement de caractère : elles deviennent tristes, apathiques ou présentent des troubles nerveux qui les ont fait prendre pour des hystériques.

Mais ces phénomènes ne sont pas propres à l'hémato-salpinx et existent dans les autres affections des trompes.

Tels sont les principaux symptômes fonctionnels de l'hémato-salpinx qui, s'ils ne permettent pas d'une manière générale de reconnaître l'affection, appellent au moins sur elle l'attention du médecin et l'engagent à explorer les régions tubo-ovariennes.

Mais dans certains cas, la maladie passe presque inaperçue jusqu'au moment où, par une cause quelconque ou sans une cause appréciable, la trompe vient à se rompre en donnant lieu à une hémato-cèle ou à une hémorrhagie mortelle.

Signes physiques. — Les affections des trompes se révèlent par des signes qui permettent de les reconnaître pendant la vie, et d'établir un diagnostic que confirme l'opération ou la nécropsie.

Lorsque l'hémato-salpinx est encore à son début,

elle peut passer inaperçue à nos moyens d'investigation, mais dès que la trompe, obstruée à ses extrémités, commence à se remplir de sang, elle devient plus accessible et l'on peut alors apprécier les changements qu'elle éprouve.

Trousseau avait déjà indiqué la dilatation des trompes comme un signe caractéristique des hémorrhagies tubaires. L'éminent professeur disait : « Hémorrhagie dans le canal de Fallope, rétention du sang et dilatation de ces conduits. »

Ce qu'on peut constater, en effet, par l'examen direct, c'est la distension des oviductes et parfois, quoique rarement, l'hémorrhagie.

En dehors de l'écoulement sanguin par l'utérus, lorsque l'orifice interne de la trompe est resté perméable, les autres signes physiques de l'hémato-salpinx ne sont autres que ceux de la dilatation des trompes par un liquide quelconque. Comme elle peut occuper des positions diverses, il en résulte qu'elle est tantôt plus accessible par le toucher vaginal ou par le toucher rectal, tantôt par le palper abdominal et mieux encore par ces différents procédés combinés. Cela dépend aussi du volume de la trompe distendue, ce qui fait qu'il faut procéder avec ordre et méthode dans l'examen de ces malades. Nous allons voir les principaux signes que nous fournissent les différents procédés d'exploration.

Palper abdominal. — La palpation de l'abdomen ne fournit des renseignements utiles que lorsque la trompe est assez développée et qu'elle s'est portée

vers l'hypogastre. Dans ce cas on peut sentir une ou deux tumeurs latérales derrière les branches du pubis ou au-dessus des arcades crurales. Ces tumeurs sont ordinairement arrondies ou allongées, lisses, élastiques et dirigées transversalement, mais elles peuvent aussi remonter vers l'ombilic et atteindre cette région. Une pression exercée sur elles peut réveiller une douleur plus ou moins intense. Quelquefois on constate une autre tumeur sur la ligne médiane, fournie par l'utérus, et séparée par un sillon ou une dépression des tumeurs latérales.

Les adhérences peuvent beaucoup changer les rapports comme la forme et la consistance de ces tumeurs. Dans ces circonstances il faut combiner la palpation au toucher vaginal ou rectal.

Toucher vaginal. — Le toucher vaginal seul donne des renseignements très imparfaits; il permet tout au plus de constater l'état de l'utérus et des culs-de-sacs vaginaux.

L'utérus est le plus souvent un peu déplacé, tiraillé ou repoussé vers le haut, derrière le pubis ou dévié latéralement. Quelquefois il a été retrouvé en rétro-flexion et d'autre fois en rétro-version. Il conserve généralement assez de mobilité.

Les culs-de-sacs vaginaux sont souvent libres, mais si on les refoule avec le doigt assez haut, on arrive à sentir une tumeur soit sur les côtés, ou derrière l'utérus. D'autres fois ils sont repoussés en bas par une tumeur plus ou moins arrondie résistante et élastique, et souvent sensible à la pression.

Toucher rectal. — Le toucher rectal seul ne fournit pas de données précises pour caractériser un hémato-salpinx ; mais combiné au palper abdominal il peut être, dans certains cas, d'un grand secours. Seul, il peut révéler la présence d'une tumeur, surtout lorsque la trompe est tombée dans le cul-de-sac de Douglas, refoulant la paroi antérieure du rectum, et remontant plus ou moins haut, mais tout cela d'une façon confuse et peu précise.

Examen combiné. — C'est surtout ce procédé qui fournit les renseignements les plus précieux et les plus exacts sur les trompes à l'état pathologique. Ce procédé appelé bimanuel ou de Sims et qui consiste à appliquer une main sur l'abdomen tandis que l'index de l'autre main est introduit dans le vagin, et à combiner leurs mouvements, donne des signes beaucoup plus nets et permet de se rendre compte de l'état des trompes et des autres organes pelviens, si surtout l'on pratique cet examen sous le chloroforme.

Après s'être rendu compte de la position, du volume, de la mobilité de l'utérus, on passe à l'exploration de ses annexes.

Lorsque la maladie est à son début, on ne sent dans les cas favorables à l'exploration, qu'un cordon volumineux, un peu sensible à la pression et se dirigeant transversalement de l'utérus vers les côtés du bassin. Cela indique déjà que la trompe est malade, qu'elle est le siège d'une inflammation.

Mais dès que la trompe a acquis un certain degré de dilatation elle prend cette forme particulière dont

nous avons parlé dans l'anatomie pathologique et que l'on a comparée à une saucisse ou mieux encore à une massue avec son extrémité plus étroite dirigée du côté de l'utérus.

En procédant avec douceur comme le conseille le D^r A. Martin (de Berlin) on peut arriver, entre les deux mains qui explorent une tumeur d'une forme particulière, de l'un ou des deux côtés de l'utérus. On peut ainsi constater parfois que la tumeur a une forme arrondie, cylindrique ou piriforme, avec une grosse extrémité dirigée en dehors et une extrémité plus mince tournée du côté de l'utérus avec lequel elle se continue. C'est cette continuité de la tumeur avec les cornes de l'utérus par l'intermédiaire d'une partie plus mince, d'une espèce de pédicule ou cordon qu'il faut, autant que possible, tâcher de découvrir. Ce fait sur lequel A. Martin insiste d'une façon toute particulière a en effet une grande importance pour le diagnostic des dilatations des trompes.

La consistance de la tumeur varie naturellement suivant l'état du sang contenu dans la trompe, son degré de distension et les fausses membranes qui la couvrent ; mais en général elle est élastique et offre dans certains cas une fluctuation bien nette tant que le sang est liquide, fluctuation à laquelle Hennig donne une signification toute particulière. D'ordinaire on peut la constater assez facilement à l'examen bimanuel.

Palper abdominal combiné au toucher rectal. — II

peut être utilement pratiqué dans les cas d'hémato-salpingite, lorsqu'il y a un obstacle au toucher vaginal, quand le vagin est très court ou que ses parois trop épaisses ne se laissent pas facilement déprimer, et surtout lorsque la trompe distendue est tombée dans le cul-de-sac rétro-utérin.

Toucher vaginal et toucher rectal, ou double toucher (Tilt). — Ce procédé pourra être très utile dans les cas où la trompe est tombée dans le cul-de-sac de Douglas, ou s'il y a une rétro-flexion utérine. Nélaton avait l'habitude de l'employer en le combinant au palper abdominal. P. Frank connaissait déjà ce procédé, et Blaudel le pratiquait couramment, mais c'est surtout Récamier qui l'a vulgarisé et en a démontré les grands avantages dans la recherche des petites tumeurs siégeant derrière l'utérus. Il conseillait d'introduire le médius dans le rectum et l'index dans le vagin, ou l'index dans le rectum et le pouce dans le vagin, ou bien l'index de chaque main dans le vagin et le rectum.

Toucher vésico-rectal combiné à l'abaissement de l'utérus. — Noeggerath est arrivé par ce moyen, dans un cas difficile, à sentir la trompe malade, de la grosseur d'une plume d'oie, à la faire rouler entre les doigts et à la suivre ainsi dans une certaine étendue. Cependant, dans les cas d'hémato-salpinx, ce procédé a de graves inconvénients et demande une grande prudence dans son application, car il

peut déterminer un éclatement de la trompe et à sa suite une mort subite.

Cathétérisme utérin. — La sonde peut aider à déterminer les connexions de la tumeur avec l'utérus, comme l'a fait Frankenhauser dans un cas de pyosalpingite : les deux trompes dilatées suivaient les mouvements communiqués à l'utérus au moyen de la sonde. On devra faire cette manœuvre avec précaution pour éviter les tractions énergiques sur les trompes.

En terminant cette revue rapide des signes fournis, dans les cas d'hémato-salpinx, par l'examen direct des organes pelviens, nous appelons l'attention d'une façon toute spéciale sur les précautions et la douceur avec lesquelles doit être pratiquée cette exploration, sans quoi on s'exposera soit à provoquer une poussée inflammatoire qui peut déterminer la transformation purulente du contenu ou à produire l'éclatement de la trompe. Des examens trop répétés et faits sans ménagements, comme aussi des manœuvres pratiquées sur l'utérus dans les cas d'hémato-salpinx, ont été parfois la cause d'accidents graves du côté de la trompe, tel le cas que nous rapportons dans notre observation XV.

Nous avons essayé de donner un aperçu général des troubles fonctionnels et des signes de l'hémato-salpinx, et nous avons dû naturellement choisir pour notre description les cas typiques ; mais nous devons ajouter qu'à côté de ceux-ci, il en est d'autres dans lesquels la présence de l'hémato-salpinx

ne se révèle que par des troubles fonctionnels très peu accentués, et d'autres encore dans lesquels l'examen physique ne fait découvrir rien de précis, de bien net; il en est ainsi, par exemple, quand la trompe, peu distendue, se trouve fixée par des adhérences et enveloppée par de fausses membranes.



VX. —



DIAGNOSTIC

Comme nous l'avons vu dans notre étude de la symptomatologie, les circonstances dans lesquelles se trouve placé le chirurgien, peuvent être ramenées à deux : 1° il est appelé dès le début même des accidents à cause de l'intensité de l'hémorragie interne et des phénomènes alarmants qu'elle détermine, car l'épanchement n'est pas encore enkysté ; 2° il est consulté quand il y a déjà eu formation d'une poche.

Dans le premier cas, le diagnostic est quelquefois plus difficile que lorsqu'il y a tumeur, les signes physiques, comme nous l'avons dit, font souvent défaut, et c'est l'étude des symptômes qui peut faire penser à une vaste hémorragie interne. C'est ainsi que le diagnostic de grossesse tubaire avait été fait avant l'apparition des accidents dans plusieurs des observations que nous rapportons. La malade avait ressenti des symptômes qui l'avaient porté à croire qu'elle était enceinte (suppression des règles, nausées, évanouissements, augmentation de volume du ventre, des mamelles, etc.).

Il ne faut pas exagérer la fréquence de ces commémoratifs. Plus souvent, l'on constate les phénomènes accompagnant une hémorrhagie interne profuse. Ces douleurs dans le ventre, cet affaiblissement, cette diminution dans la force, cette tendance à la syncope peuvent exister dans d'autres affections : « Si la femme, dit Hamilton, est d'âge à rendre probable l'existence d'une grossesse, et qu'elle ait des douleurs abdominales avec tendance à la syncope et au collapsus, on doit, avant tout examen local, penser à : 1° colique hépatique ; 2° colique néphrétique ; 3° ulcère de l'estomac avec perforation ; 4° grossesse tubaire avec rupture. L'examen local permettra d'ordinaire d'affirmer la 4^e hypothèse avec d'assez grandes probabilités pour autoriser la laparotomie exploratrice qui deviendra curatrice si le diagnostic est vérifié. Mais le tableau morbide n'est jamais absolument identique. » Quand il existe des adhérences qui forcent dès le début l'épanchement de sang à se limiter, à s'enkyster en un mot, il n'en est plus de même. La poche n'est cependant distincte qu'au bout de quelques jours. La consistance liquide du sang favorise grandement le diagnostic, et les difficultés ne commencent que lorsqu'il se coagule et forme une tumeur dure.

Les auteurs ont signalé les confusions auxquelles on était exposé et les moyens propres à éviter ces erreurs de diagnostic. Les commémoratifs ont une grande importance. La tumeur est apparue brusquement avec des symptômes bien propres à éveil-

ler l'attention, tels que phénomènes d'hémorrhagie interne, et plus tard de pelvi-péritonite enkystante.

Les signes physiques ont ici beaucoup d'importance. L'utérus éprouve un déplacement assez constant, il est refoulé d'arrière en avant et de bas en haut sous l'arcade pubienne, tantôt sur la ligne médiane, tantôt un peu à droite et à gauche. Son degré de déplacement est naturellement en rapport avec le volume de la tumeur.

Le vagin est profondément refoulé au niveau de son cul-de-sac postérieur. Dans certains cas on lui a vu une couleur livide remarquable et les lèvres du col ramollies comme dans la grossesse laissaient échapper des gouttes de sang plus ou moins noirâtres. L'utérus est augmenté de volume et bien que cette hypertrophie ne soit pas proportionnelle à l'âge de la grossesse, il est bon d'en tenir compte. Après la formation de la poche, des membranes sont souvent expulsées par la matrice en une ou plusieurs fois. Nous n'insisterons pas davantage sur les signes physiques de l'hémato-salpinx et renvoyons pour le reste à notre chapitre d'anatomie pathologique. Voilà pour le diagnostic positif ; reste le diagnostic négatif, sur lequel nous serons bref, car il est bien connu à l'heure actuelle.

Une affection assez difficile à différencier de l'hémato-salpinx est l'hématocèle extra-péritonéale ou hématome des Allemands, mais l'épanchement dans ce cas est surtout latéral et on ne trouve rien en de-

hors de l'utérus. A part cette particularité les symptômes sont à peu près identiques.

M. Pozzi, et beaucoup d'autres auteurs, insistent sur les difficultés souvent considérables qu'il y a à différencier un hémato-salpinx d'un utérus gravide en état de rétro-flexion. L'erreur a été commise plusieurs fois ainsi qu'en témoignent les faits cités par Jonriol (*Bull. de la Faculté de méd., de Paris*, année 1812); Fenerly (*loc. cit.*); Mikschik (*De la pathologie des ovaires. Leipzick, 1856 in Canstatt's-Jahresbericht, 1857, p. 425*).

Pour éviter l'erreur, il faut rechercher à limiter l'utérus qui, dans l'hémato-salpinx est enchaîné au centre de la tuméfaction. La chloroformisation sera utile pour compléter le diagnostic.

Les kystes de l'ovaire et les fibromes utérins enclavés dans le petit bassin ne peuvent être confondus que lorsque l'hémato-salpinx a acquis une dureté spéciale. Cependant, Tait a cité le cas d'une vieille grossesse tubaire autrefois rompue et prise par lui pour un fibro-myôme adhérent douloureux; la laparotomie qu'il pratiqua pour remédier aux douleurs dont souffrait la malade lui fit rectifier son diagnostic.

La grossesse extra-utérine non rompue siège très rarement tout à fait en arrière de l'utérus, puisque Lawson Tait a démontré que les grossesses abdominales, quoique toujours secondaires, sont exceptionnelles si l'on songe à la fréquence des grossesses tubaires.

Pozzi conseille de s'appuyer dans ce cas sur l'hypertrophie de l'utérus et l'aménorrhée persistante.

Dans les cas douteux si la tumeur tombe dans le vagin, on sera autorisé à faire une ponction exploratrice avec l'appareil Potain, en s'entourant de précautions antiseptiques rigoureuses.

Dans le cas où la tumeur est abdominale et détermine par sa présence des symptômes alarmants, nous croyons que la meilleure façon d'assurer le diagnostic est de faire la laparotomie exploratrice qui permet en même temps d'assurer le traitement chirurgical de l'affection.





PRONOSTIC

Le pronostic de l'hémato-salpinx tire sa gravité non pas tant de la présence du sang dans la trompe que des complications possibles. Sans doute de petits épanchements sanguins peuvent se résorber ou se vider dans l'utérus ou l'abdomen et se terminer ainsi par une guérison plus au moins complète, mais lorsque l'hémato-salpinx est bien constitué, il reste dans cet état des mois et par la répétition des troubles fonctionnels auxquels il donne lieu, il finit par altérer la santé générale. Cependant il faut dire que le pronostic dépend principalement des complications telles que poussées inflammatoires, la transformation purulente du contenu. Alors même que l'hémato-salpinx ne menace pas l'existence il constitue une affection sérieuse à cause de fortes douleurs qui l'accompagnent.

Le pronostic devient plus grave à mesure que la trompe se distend, que l'épanchement sanguin augmente plus rapidement que les parois s'altèrent dans leur structure.

Ce qui augmente aussi la gravité de cette affection, ce sont les difficultés qui entourent le diagnostic ;

on ne prend pas, par suite, les précautions nécessaires pour éviter les complications et on n'institue pas à temps un traitement convenable.

Le nombre insuffisant des observations ne permet pas de comparer la gravité relative de l'hémato-salpinx essentielle et de l'hémato-salpinx résultant d'une grossesse tubaire avortée. Henmig, qui n'a pas tenu compte de cette distinction, donne 3 guérisons sur 16 opérées et ces malades ont été opérées après l'introduction de l'antisepsie dans la pratique.

Les recherches de M. Ernest Fränkel prouvent, d'une manière évidente, que la laparotomie pratiquée immédiatement après la rupture du sac extra-utérin donne une guérison plus probable maintenant qu'il y a quelques années, néanmoins il vaut mieux traiter la malade symptomatiquement. Pour une thérapie expectative symptomatique, on n'a pas besoin de diagnostic tout à fait exact, et ce traitement n'est nullement à rejeter là où on n'ose pas faire une laparotomie.

D'après les recherches du Dr Zmigrodzki, la grossesse extra-utérine non opérée n'est pas du tout absolument mortelle : la grossesse tubaire donne à peu près 17 p. 100 et la grossesse abdominale même 50 p. 100 de guérisons spontanées et l'hémato-salpinx qui est occasionnée par une grossesse extra-utérine donne selon les recherches les plus récentes, une guérison encore plus probable.



TRAITEMENT

Quelle conduite le chirurgien doit-il tenir dans le cas qui nous occupe ? Doit-il demeurer dans l'expectative ou bien pratiquer la laparotomie afin d'intervenir directement ? La réponse est essentiellement variable selon les cas. Il faudra se guider sur la marche des accidents. Aujourd'hui que le progrès de l'antisepsie et le perfectionnement de la technique opératoire ont si complètement changé le pronostic d'opération abdominale, le problème se pose d'une façon différente. Ce n'est plus la crainte de l'opération, mais la justification de celle-ci qui seule doit être mise en cause.

Lorsque l'hémorrhagie abdominale est légère et ne détermine que des phénomènes de péritonisme assez légers, on commencera par ordonner l'immobilité absolue au lit dans le décubitus dorsal, et ce repos doit être prolongé, car le moindre effort, la moindre violence, pourrait augmenter la déchirure ou rompre les adhérences protectrices souvent très fragiles. C'est la méthode que recommande le Dr Zmigrodzki qui, comme nous l'avons vu, se déclare absolument ennemi de toute intervention. On appli-

quera de la glace sur l'hypogastre pour combattre l'hémorrhagie et la péritonite. On s'opposera à la réplétion de la vessie par le cathétérisme et à celle du ventre par les lavements. L'asepsie vagino-utérine devra être complète, car les débris fœtaux ont une très grande tendance à s'infecter et à produire la suppuration du côté de l'épanchement sanguin qui était en voie de se résorber. C'est pour cette raison que Lawson Tait déclare imprudent d'abandonner ces cas à une terminaison naturelle.

Si l'hémorrhagie revêt d'emblée un caractère aigu, il faut intervenir : « En présence de toute hématocele à début rapide s'annonçant par des symptômes très bruyants, dit M. le professeur Le Dentu, ne vous effrayez pas et attendez ; si, trois ou quatre heures après le début, les accidents s'aggravent, opérez hardiment, sinon différez toute intervention et attendez pour intervenir que la lenteur de résorption de l'épanchement ou sa transformation vous force la main. » M. Pozzi est absolument du même avis : « On peut dire que la question du traitement à faire en pareil cas, discutable il y a quelques années, ne l'est plus aujourd'hui. Quand une hémorrhagie menace la vie d'un malade, il faut aller à la recherche du sang, qu'il s'agisse d'une plaie extérieure ou d'une rupture intérieure. » Temporiser, compter sur l'hémostase spontanée, c'est, dans la grande majorité des cas, laisser mourir la femme pour ne pas assumer la responsabilité d'une opération cent fois moins grave que l'attente.

Si l'opération est décidée, le chirurgien possède deux voies pour arriver directement sur l'épanchement et l'évacuer : la voie abdominale et la voie vaginale. Cette dernière, longtemps en faveur, est encore suivie par beaucoup de chirurgiens. Toutefois, la chirurgie abdominale est si bien réglée aujourd'hui, grâce aux pratiques de l'aseptie et de l'antiseptie, que le chirurgien ne doit plus tant se préoccuper du procédé opératoire que du mode d'intervention qui conviendra le mieux au cas qui l'intéresse.

Nous n'avons pas l'intention de traiter de la technique opératoire de ces deux procédés, nous nous contenterons seulement d'examiner les avantages et inconvénients qu'ils présentent.

Par la voie abdominale le chirurgien n'opère pas à l'aveugle et peut se rendre compte exactement de l'état des parties : quantité et qualité de l'épanchement sanguin, état du péritoine, état des annexes. Dans la majorité des cas c'est une intervention radicale. D'après Lawson Tait en devenant un corps étranger le produit de la conception reste une source constante de danger. La trompe lésée et laissée en place ne peut servir qu'à constituer une formation pathologique. La laparotomie est donc indiquée dans le but : 1° de reconnaître l'hémorrhagie ; 2° d'enlever les débris dangereux ; 3° d'enlever des annexes devenus inutiles ; 4° de s'opposer à la septicémie.

Si l'hémato-salpinx s'accompagnait de réactions péritonéales la laparotomie aurait encore cet avan-

tage de servir à la fois à l'évacuation du kyste hémattique et au traitement des lésions de la péritonite. De plus par la laparotomie précoce le chirurgien aura souvent cet avantage d'évacuer une tumeur sanguine non septique ce qui est une condition des plus favorables. Il abrègera aussi les convalescences interminables interrompues par des rechutes qui accompagnent souvent les opérations par le vagin et qui affaiblissent l'état général.

Lorsqu'on emploie la voie vaginale, les conditions d'asepsie doivent être absolument rigoureuses. De plus cette méthode doit réunir certaines indications qui sont les suivantes : la tumeur doit être franchement vaginale, c'est-à-dire qu'elle doit déprimer plus ou moins fortement le cul-de-sac postérieur. Le diagnostic de l'épanchement à ce niveau doit être bien établi : on peut d'ailleurs pratiquer une ponction capillaire avant de faire l'incision.

La période aiguë doit être passée et il faut que l'hémato-salpinx soit enkysté ou qu'il ait au moins subi un commencement d'enkystement afin qu'il n'y ait point communication entre l'ouverture vaginale et la grande cavité péritonéale sur la séreuse. Dans ce cas on aurait à redouter l'action toxique du liquide injecté ; l'entraînement par ce liquide de germes infectieux pouvant devenir l'origine d'une péritonite.





OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Fenerly*).

Elle est relative à une malade âgée de 34 ans, entrée dans le service de M. Rostan, dans les premiers jours du mois de décembre 1854, avec tous les symptômes d'une péritonite suraigüe.

Malgré le traitement très actif auquel on l'a soumise, elle a succombé dix jours après son entrée. A l'autopsie, on a trouvé, en ouvrant l'abdomen, les traces d'une péritonite, des adhérences entre les anses intestinales, de la sérosité purulente, etc ; en plus une assez grande quantité de sang noirâtre, épais, visqueux sur les circonvolutions intestinales les plus inférieures. Par l'examen des organes génitaux on constatait que les deux ovaires existaient ; ils étaient un peu rouges, rosés, comme granulés, ratatinés et avec des circonvolutions ; utérus un peu plus développé et à paroi plus épaisse qu'à l'état normal. La trompe gauche ne présente rien de particulier ; la droite, au contraire, présente un développement considérable. Ce développement est situé à la réunion du 1/3 interne avec les deux tiers externes de ce conduit, il est formé par un caillot gros comme un œuf de poule, de forme ovoïde ou pyriforme, présentant un prolongement du côté du pavillon de la trompe, prolongement qui ressemble à la queue d'une poire, dont la grosse extrémité est tournée en dedans. Cette masse est de couleur rouge foncé, surtout vers la partie interne qui est plus foncée que l'externe ; sa consistance est assez grande. La section perpendiculaire de la tumeur nous fait voir, à quelques

lignes de la paroi supérieure de la trompe, une cavité de 2 à 3 centimètres de longueur, qui paraît être formée par la trompe, dilatée sur ce point ; cette cavité est entourée d'un caillot sanguin, qui est plus épais vers la partie inférieure de la cavité ; l'intérieur de celle-ci est tapissé par une membrane très mince, d'aspect séreux, qui, examinée sous le microscope par Th. Robin, a présenté tous les caractères du chorion. Le caillot présente à la coupe la même disposition qu'à l'extérieur, c'est-à-dire qu'il est plus rouge, plus foncé sur sa partie interne, il paraît formé d'un épanchement de sang plus récent.

La partie externe et inférieure, d'une teinte rouge, rosée, claire, paraît être formée par un caillot plus ancien et présente quelque analogie avec les caillots des anévrysmes ; il est assez dense et comme statifié. La trompe droite était oblitérée à ses deux bouts, la cavité utérine était tapissée par une muqueuse tuméfiée et plus vascularisée qu'à l'état normal.

NOTE DE CH. ROBIN.

« L'examen microscopique de la couche du tissu placé entre le péritoine et le caillot y montre la présence de fibres du tissu cellulaire et de faisceaux de fibres de la vie organique écartés les uns des autres. Au dessous de cette couche, se trouve le caillot formé de fibrine dont l'aspect fibrillaire est encore reconnaissable. Cette fibrine est mêlée de quelques globules sanguins encore intacts, et de granules d'hématoidine amorphe.

A la face utérine du caillot et tapissant la poche ou cavité décrite ailleurs, existe une membrane mince, d'aspect séreux, facile à détacher par une simple

traction avec les pinces et envoyant par sa face externe de minces filaments ramifiés dans l'épaisseur du caillot. L'examen de la structure de cette couche et des filaments qui en partent de la face externe a fait connaître qu'elle est composée d'une matière amorphe finement granuleuse, parsemée de noyaux ovoïdes. L'acide acétique n'attaque pas les noyaux, mais il rend plus transparente la matière amorphe, dans laquelle ils sont enfermés. Ainsi qu'on peut le voir, cette membrane offre la même structure que le chorion de l'œuf humain. Les filaments ramifiés, partant de la surface extérieure, sont épais de un à trois dixièmes de millimètre. Ils ont une longueur variable, qui a environ un centimètre ; ils sont en égal nombre sur toute la surface de la membrane.

Le pédicule de ces filaments, ainsi que leurs ramifications sont plongés dans le caillot dont ils vient d'être question. Ils offrent sous le microscope la forme des villosités du placenta ; ils présentent tous une paroi épaisse de un ou deux centièmes de millim. environ, la structure de la membrane elle-même, qui vient d'être décrite comme analogue au chorion quelques-unes d'entre elles offrent une cavité distincte, mais beaucoup présentent leur canal oblitéré par du tissu cellulaire, ainsi qu'on l'observe normalement sur les villosités choriales, qui ne doivent pas prendre part à la formation du placenta, aucune de ces ramifications ne présente de dépôt graisseux dans son épaisseur. Ces ramifications ne sont autre chose que

les villosités choriales, et achèvent de montrer que la membrane dont il s'agit est bien le chorion d'un œuf humain.

OBSERVATION II. (*Richelot. Th. Marigny*).

La nommée Joséphine B., femme G., âgée de 30 ans, couturière, entre à l'hôpital Tenon, salle Richard-Wallace, lit n° 19, le 6 décembre 1889.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire à 45 ans. Mère morte à 68 ans, emphysémateuse et asthmatique.

10 enfants dont 6 garçons et 4 filles.

2 garçons, morts l'un à 19 ans de variole, et l'autre à 21 ans, de tuberculose pulmonaire.

Une fille morte également de tuberculose pulmonaire ; tous les autres se portent bien.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, pneumonie et rougeole.

A 12 ans, petite attaque d'hystérie.

A 17 ans, scarlatine bénigne.

A 15 ans, premières règles.

Ses règles retardaient, duraient huit jours, étaient très abondantes, non douloureuses. Leucorrhée.

Premières approches à 19 ans.

2 enfants, le premier à 24 ans, le deuxième à 26 ans et demi.

Pour le premier la grossesse et l'accouchement n'ont été marqués par aucun accident. Suites de couches normales. Les règles sont revenues 5 mois après bien qu'elle n'ait pas donné le sein à son enfant.

La deuxième grossesse fut accompagnée d'hydramnios et se termina à 7 mois par un accouchement prématuré. Délivrance artificielle 1 heure 1/2 après l'expulsion de l'en-

fant. Elle a gardé le lit pendant trois semaines. Fièvre, mais pas de péritonite. Retour des règles au bout de deux mois.

La malade dit avoir eu beaucoup de peine à se remettre de cette couche qui remonte à près de 4 ans. Depuis cette époque, elle présente le matin à jeun des vomissements aqueux et bilieux extrêmement faciles parfois teintés de sang. Pas de vomissements après le repas, malgré des digestions difficiles. Constipation habituelle. La menstruation est restée régulière, avec des retards tels que les règles font défaut parfois. Toujours abondantes et de longue durée.

Six mois après son deuxième accouchement elle éprouva brusquement au milieu de son travail une douleur atroce dans le bas-ventre. Obligée de prendre le lit immédiatement, elle pouvait se lever dès le lendemain et vaquer à ses occupations.

Pendant ces trois dernières années elle a toujours souffert du ventre. Mêmes troubles menstruels. Anéantissement. Marche difficile. Exténuée après le moindre effort, anorexie, digestions laborieuses, nervosisme.

Au printemps dernier (1889) les douleurs hypogastriques ont augmenté ; depuis cette époque elle a été obligée de prendre le lit très souvent.

Vers le commencement du mois d'octobre, après avoir eu des pertes sanguines abondantes pendant trois semaines, elle a eu une crise de douleurs très violentes dans le bas-ventre. Cette crise a duré 3 heures environ. Elle ne s'est pas accompagnée de métrorrhagie. A partir de ce moment elle a été forcée de rester au lit. Les douleurs ont continué dans le ventre ; quelques jours après, elle a eu de la fièvre et a éprouvé des pertes de sang, sous formes de gros caillots. Vomissements très fréquents.

C'est dans ces conditions que la malade, après un séjour de cinq semaines chez elle, est entrée à l'hôpital Tenon, le 13 novembre, dans un service de médecine. Le 6 décembre on la fait passer en chirurgie, dans le service de M. Riche-

lot. Les douleurs sont calmées, les pertes sont moins grandes. Pas de fièvre. Pas de vomissements. Pâleur anémique. Abattement marqué. Toutefois la malade paraît avoir une constitution assez forte. Rien au cœur et aux poumons. Urines normales.

L'examen gynécologique, pratiqué à plusieurs reprises, nous donne les renseignements suivants :

Le ventre n'offre pas de développement notable.

Le palper seul ne fournit pas de renseignements précis : pas de douleur ; un peu de sensibilité dans les deux régions ovariennes, surtout à gauche.

Toucher vaginal. — Col légèrement porté en arrière et à gauche, gros, assez largement ouvert, sans déchirure. Le doigt revient chargé de caillots.

Dans le cul-de-sac postérieur existe une tumeur grosse comme une tête de fœtus de 7 mois, ronde, lisse, régulière, ferme, séparée du col par un sillon très net, peu douloureux à la pression.

L'utérus est mobile ; les mouvements de bascule et de latéralité sont étendus, seul le mouvement d'élévation est limité.

En combinant le palper et le toucher, on obtient des notions plus précises ; le doigt étant appliqué sur le col et l'autre main sur l'hypogastre, on sent immédiatement au-dessus et derrière le pubis, l'utérus, ou une tumeur qui lui est adhérente. Plus haut et en arrière, existe une autre tumeur, qui atteint presque l'ombilic, et qui, du côté droit, se prolonge dans la fosse iliaque.

Dans le cul-de-sac antérieur se trouve une masse arrondie ; c'est probablement le corps de l'utérus porté en avant ou une tumeur implantée sur la face antérieure de l'utérus, un peu au-dessus du col.

Les culs de sac latéraux sont libres et non douloureux. L'impulsion donnée au col se communique non seulement à la tumeur sus-pubienne, mais aussi à celle qui, située plus en arrière, remonte jusqu'à l'ombilic. En outre, toutes ces parties sont, dans les mouvements qu'on leur imprime, solidaires les unes des autres.

La consistance appréciée dans ces conditions n'est pas celle d'un corps très dur. Ce n'est pas la consistance habituelle des fibromes, on ne trouve pas non plus la fluctuation, la mollesse, ou la résistance propres à certaines tumeurs liquides.

Toucher rectal. — A travers la paroi recto-vaginale, on sent : 1° le col avec son orifice externe entr'ouvert ; 2° la tumeur ronde du cul-de-sac postérieur, avec les mêmes caractères, plus nets toutefois. Entre le col et la tumeur on trouve le sillon signalé au toucher vaginal.

Les mouvements se transmettent à la main abdominale qui délimite la tumeur profondément au-dessous de l'ombilic.

Spéculum. — On saisit le col facilement, le col gras laisse passer des caillots par son orifice externe. Pas d'éversion ni d'ulcération.

Hystérométrie. — L'hystéromètre flexible pénètre de 9 centimètres dans l'utérus. Le manche doit être fortement abaissé vers la commissure postérieure de la vulve. Il faut diriger le bec en haut, en avant et à droite. On sent ce dernier à travers la paroi utérine et la paroi abdominale, au niveau de la tumeur située directement au-dessus du pubis, ce qui prouve que cette tumeur est constituée par l'utérus repoussé ainsi par la tumeur du cul-de-sac postérieur, laquelle se prolonge en haut jusqu'au voisinage de l'ombilic.

Toutes ces manipulations ne provoquent que très peu de réactions douloureuses dans le petit bassin.

Laparotomie, le 7 décembre 1889, pratiquée par M. Richelot.

Anesthésie chloroformique après injection de morphine et d'atropine. Large incision abdominale. Le corps de l'utérus est porté en avant. En arrière, dans le cul-de-sac de Douglas, est une masse friable formée de caillots sanguins anciens au milieu de laquelle sont plongés la trompe et l'ovaire droits dilatés et adhérents. On rompt les adhérences, le sang coule alors si abondamment que l'on croit un ins-

tant être en présence d'une hémorrhagie veineuse considérable, et on se hâte de pédiculiser les annexes par le procédé habituel. On voit alors que sauf un peu de sang que donnent les adhérences'il n'y a pas d'hémorrhagie, et que le sang qui affluait n'est autre que celui qui provient de l'hématocèle rompue. On nettoie minutieusement ce cul-de-sac avec la main qui enlève les caillots les plus volumineux et avec des éponges. A gauche, les annexes plus volumineuses et plus méconnaissables qu'à droite, sont aussi entourées d'un magma de sang noir. Pédiculisation comme précédemment. L'ablation des caillots, qui occupe tout le cul-de-sac de Douglas et englobent les annexes de chaque côté est très laborieuse. On fait alors la toilette du péritoine qu'on lave avec le plus grand soin.

Suture de la paroi abdominale sans drainage.

L'opération a duré une heure.

Le soir de l'opération, température = $37^{\circ}4$. Vomissements, pouls faible, mais la malade est en très bon état.

Le 10. — Les vomissements continuent, mais pas de fièvre.

Le 11. — Lavement purgatif.

Le 14. — Premier pansement, rien de suspect.

Le 16. — Deuxième pansement, léger mouvement fébrile.

Il y a un peu de tension à la partie inférieure de la plaie.

Ablation des crins de Florence.

Le 18. — Troisième pansement, abcès superficiel de la grosseur d'une noix.

L'amélioration de l'état général et local continue et la malade peut quitter l'hôpital le 19 janvier 1870. Elle revient le 22 janvier, elle ne souffre plus du ventre et ne perd plus de sang.

Au palper, elle a un peu de sensibilité à droite.

Au toucher, on trouve le col haut placé et porté un peu à gauche. L'utérus est mobile et tous les culs-de-sac sont libres et non douloureux.

Examen des pièces à l'œil nu.

Côté droit. — L'ovaire et la trompe sont très distincts

l'un de l'autre. L'ovaire, blanchâtre à la coupe, a le volume d'une amande. La trompe sinueuse, dilatée, grosse comme l'index est bleuâtre, molle. En la pressant on en fait jaillir par l'extrémité utérine, du sang noir.

Le pavillon n'est plus distinct ; il adhère à l'ovaire et semble se continuer avec une coque qui entoure l'ovaire et qui paraît constituée par des dépôts fibrineux. Cette coque se laisse décortiquer sans déchirure.

La trompe est remplie par du sang noir. Le ligament tubo-ovarien est simplement épaissi.

Côté gauche. — La trompe dilatée renferme un caillot gros comme un œuf de pigeon. La paroi est congestionnée, mais encore bien reconnaissable. Elle est très épaissie et sa face externe est englobée de même que l'ovaire par des dépôts fibrineux.

A l'ovaire est attachée par le ligament tubo-ovarien la trompe distante de 2 centimètres à partir de son insertion à la corne utérine.

La malade, revue le 21 mai 1890, a un état général excellent : elle n'a plus de douleurs, mais seulement un peu de pertes blanches. L'utérus est mobile et les culs-de-sac sont souples.

EXAMEN DES PIÈCES PAR M. PILLIET

Sur cette pièce il est beaucoup plus difficile de préciser la nature de la lésion car on ne trouve pas de villosité placentaire. La poche sanguine pouvait contenir une amande. Il n'y avait pas de fœtus mais des caillots anciens, rouillés, en partie décolorés. Sur les coupes faites à la limite du caillot on constate que la trompe présente ses franges revêtues de leur épithélium lesquelles s'interrompent brusquement au niveau de la collection sanguine. En ce

point la paroi tubaire est amincie et sa surface interne est recouverte de caillots fibrineux qui sont maintenus en place par des végétations conjonctives partant de la trompe. La partie profonde des caillots et toute la paroi tubaire jusqu'au niveau du plan musculaire externe sont complètement infiltrées de cellules très volumineuses, polygonales formant des lits continus et se trouvant toutes bourrées de grosses granulations jaunes de pigment sanguin. Il existe dans l'ovaire et du côté correspondant un corps jaune de grossesse.

On peut donc supposer qu'il existe un reliquat de greffe placentaire, mais sans pouvoir l'affirmer.

OBSERVATION III (*Richelot. Th. Marigny*)

Hôpital Tenon, salle Richard-Wallace, lit n° 10.

Veuve G..., 27 ans, bonnetière.

Hémato salpinx. Hystérectomie abdominale.

Antécédents héréditaires. — Père mort ? Mère vivante et se portant bien.

Antécédents personnels. — Rougeole à 6 ans ; scarlatine à 11 ans. Réglée à 14 ans et bien réglée ; pertes peu abondantes, durée 4 à 5 jours. A 19 ans, une fille ; pertes peu abondantes, durée 4 à 5 jours. La sage-femme aurait constaté un prolapsus de l'utérus (?) mais la malade n'en a jamais été gênée. A 25 ans, un garçon, couches bonnes ; suites de couches normales.

14 octobre 1890. — Depuis quelque temps la malade se sentait indisposée, mal à l'aise ; ses repas ne se digéraient pas ; pas d'appétit ; toute odeur l'incommodait.

Depuis le 30 septembre, ses règles étaient complètement terminées.

Dans la nuit du 14, elle ressentit une violente douleur à gauche ; la malade compare ces douleurs à celles qu'elle a « éprouvées dans ses accouchements ». Elle prétend avoir ressenti à ce moment la sensation d'une tumeur (?) comprimant violemment le rectum ; la malade faisait des efforts de défécation. « On aurait dit, prétend-elle, que la matrice allait s'ouvrir. ».

Le médecin appelé le lendemain fit placer deux vésicatoires sur le ventre, à droite et à gauche de l'utérus, dans la région des ovaires, mais ne constata pas de tumeur.

Repos au lit, injections chaudes laudanisées dans le vagin.

Ce traitement soulagea la malade et le 27 octobre elle put se lever ; mais le lendemain une crise violente avec sueurs froides l'obligèrent à garder de nouveau le lit,

Ces douleurs et ces sueurs froides persistant, la malade entra à l'hôpital le 30 octobre et fut placée dans le service de M. le Dr Roques ; elle ressentait à son entrée à l'hôpital des douleurs dans tout le ventre, douleurs se propageant dans le dos et dans les jambes.

Dans le service de M. Roques on ne constata pas de tumeur proprement dite, mais un empâtement assez grand, surtout à gauche et le diagnostic pelvi-péritonite fut porté.

Cataplasmes laudanisés, glace sur le ventre ; injections d'eau chaude, car la malade perdait beaucoup en rouge : tel fut le traitement institué.

Depuis que la malade a ressenti ces douleurs (14 octobre), elle a beaucoup perdu : les pertes cessaient un jour puis revenaient le lendemain plus abondamment, avec des douleurs de ventre très violentes ; elle a perdu, dit-elle de gros caillots de sang.

Vers le 12 novembre, l'empâtement se limitant mieux, et la malade continuant toujours à souffrir de plus en plus, M. Roques prononça le nom d'hématocèle et parla de faire venir M. le Dr Richelot.

Passage de la malade en chirurgie le 20 novembre, service de M. le Dr Richelot.

Examen de la malade. — A première vue, ce qui frappe, c'est la pâleur extrême de la malade, et c'est seulement depuis le 14 octobre, dit-elle, qu'elle est aussi pâle.

Dans le petit bassin, on sent une tumeur, proéminant plus à gauche qu'à droite et paraissant très volumineuse. A gauche, cette tumeur remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et se termine par une grosse extrémité arrondie : à droite, elle semble se terminer en pointe. La tumeur est douloureuse à la palpation ; on sent un peu de fluctuation, mais difficilement au toucher, on sent très difficilement l'utérus qui est en avant ; on constate l'effacement des culs-de-sac.

Tous les signes rationnels et les signes physiques sont en faveur d'une hématocele rétro-utérine ; tel est le diagnostic porté.

La malade le 30 octobre, à son entrée, avait 37°3 ; le 31 matin, 37°4 ; soir 40°.

Le 1^{er} novembre, matin, 39°2 ; soir, 39°4.

Le 2 novembre, matin, 39°1 ; soir, 37°2.

Depuis ce jour, plus de fièvre.

Opération le 21 novembre : laparotomie : incision de 8 centimètres environ sur la ligne blanche : péritoine ouvert. On se trouve en présence d'une très grosse poche, dont la paroi est bientôt reconnue pour être celle de la trompe. Au lieu d'une hématocele rétro-utérine, il s'agit d'un hémato-salpinx très volumineux du côté gauche. En explorant à droite, on trouve une dilatation tubaire analogue, mais beaucoup plus petite. C'est aussi un hémato-salpinx.

La rupture de la poche sanguine étant produite à gauche, on agrandit l'ouverture et on enlève avec la main toute la masse de caillots sanguins noirs contenus dans la trompe.

L'hémato-salpinx est très adhérent à l'intestin et à l'utérus. Les adhérences à l'intestin sont rompues patiemment et avec prudence, non sans de grandes difficultés ; mais

comme cette énorme poche est intimement unie à la surface utérine, comme en outre les annexes du côté droit sont également malades, adhérentes aux parties voisines et à l'utérus lui-même, M. Richelot prend le parti de tout enlever d'un seul coup, en faisant l'hystérectomie abdominale. Les poches tubaires et l'ensemble des annexes étant donc sorties de l'abdomen avec l'utérus, on forme un pédicule sur le segment inférieur de cet organe par le procédé de la ligature élastique perdue (thèse de Wirbet, 1890, *de la ligature élastique dans l'hystérectomie abdominale*).

Lavage du péritoine avec eau bouillie boriquée.

Sutures par étages au catgut.

Sutures superficielles au crin de Florence; pansement iodoformé.

Le 21. Pas de fièvre.

Le 22. *Idem*.

La malade a du champagne frappé, du lait, pour toute nourriture.

Le 23. Matin 38°; soir 38°1/2.

Le 24. 38°2.

Depuis ce jour la température s'est toujours maintenue entre 38 et 37°4.

Le 3 décembre. Premier pansement; enlèvement des fils; réunion par première intention.

Le 4. 38°4.

Le 5. 38°5.

Le 6. 39°.

Le 8. On constate de l'empâtement au niveau de la suture; douleur quand on palpe le ventre et qu'on touche en même temps le col de l'utérus.

Le 9. 38°.

Le 10. 37°2, on défait le pansement et on constate l'ouverture d'un très petit abcès superficiel, à la partie inférieure de la suture abdominale.

Plus de fièvre, le pansement est fait tous les deux jours.

La malade quitte le service le 21 décembre, complètement guérie: la plaie est très bien cicatrisée et se distingue à peine,

La malade ne souffre plus et a bien meilleure mine ; les couleurs lui sont revenues.

EXAMEN DE LA PIÈCE ENLEVÉE PAR M. PILLIET.

La poche sanguine du volume d'une mandarine est située près de l'insertion utérine de la trompe. Le reste du canal est épaissi, mais présente sa muqueuse encore reconnaissable.

Les ovaires des deux côtés sont scléro-kystiques. Dans la poche sanguine, le caillot est fortement adhérent à la paroi tubaire, et quand on gratte les différentes couches de sang de façon à dénuder cette paroi, on la trouve très amincie.

Les coupes pratiquées de façon à comprendre à la fois la muqueuse tubaire et l'insertion du caillot montrent les détails suivants : la muqueuse de la trompe présente des franges épaissies, mais encore recouvertes de leur épithélium. Ces franges cessent brusquement au niveau de l'insertion du caillot ; en ce point, le chorion qui recouvre les muscles est lisse, mince et parsemé de grandes cavités sanguines et lymphatiques. De sa surface s'élèvent des prolongements grêles qui limitent des lacs sanguins. Ceux-ci présentent un aspect qui varie un peu suivant les différents points qu'on examine. On peut en rencontrer parfaitement délimités par ces prolongements et remplis de globules rouges sans fibrine. Dans leur intérieur pénètrent des villosités placentaires assez grêles et irrégulières qui diffèrent des

villosités du placenta en activité en trois points. D'abord elles sont très peu arborescentes et leurs ramifications sont rares et réduites à de courts moignons. Ensuite, au lieu de contenir plusieurs capillaires dilatés dans leur intérieur, elles n'en contiennent que très peu et le tissu conjonctif à cellules étoilées prédomine. Enfin la couche des cellules multinuclées de l'ectoplacenta est diminuée d'une manière considérable, et l'on ne rencontre plus que quelques cellules à noyaux multiples, aplatis de loin en loin sur la surface des villosités ou dans l'angle de leurs ramifications.

On retrouve donc en ces points les caractères essentiels du placenta ; mais ces éléments sont en voie d'atrophie. Sur d'autres points, l'aspect est notablement changé par suite de la diminution plus marquée des villosités et de l'intensité des hémorragies interstitielles. En effet, dans ces régions, qui sont d'autant plus étendues que l'on s'éloigne de la face interne de la trompe, les préparations apparaissent décomposées en îlots irréguliers, quelquefois très étendus qui sont circonscrits par des bandes conjonctives extrêmement grêles et qui contiennent du sang à différents états de régression : pur ici, mélangé là de fibrine.

De place en place, on rencontre encore une villosité en général volumineuse, arrondie ou ovale, sans bourgeonnements latéraux et qui doit représenter l'axe d'une végétation placentaire dont les bourgeons sont disparus. Elles ne contiennent plus de

vaisseaux perméables, elles sont complètement fibreuses et les cellules étoilées y deviennent de plus en plus rares et disparaissent même complètement en certains points. Il n'y avait pas de fœtus dans la poche sanguine. La paroi de la trompe est très vascularisée, comme nous l'avons dit. Les muscles lisses présentent un degré assez marqué d'hypertrophie de leurs fibres.

En résumé, dans cette observation, nous constatons l'atrophie du placenta resté en place avec les deux principaux caractères de cette atrophie, c'est-à-dire la disparition des villosités et les hémorragies interstitielles tels que M. Robin les a mis autrefois en relief (1854). Le placenta persiste donc plus longtemps que le fœtus, ce qu'on savait déjà ; et dans tout cas d'hémato-salpingite, il est nécessaire de faire l'examen histologique pour établir la proportion relative des grossesses tubaires sans fœtus observé.

Sutton (*Lancet*, 1890) dit que dans beaucoup de cas la présence des villosités a seule pu permettre le diagnostic ; nous sommes convaincus qu'un examen méthodique révélera ces villosités beaucoup plus souvent qu'on ne pensait autrefois. Alors, la dénomination d'*hémato-salpinx* devrait être abandonnée pour celle d'*œuf apoplectique*. Notons encore la minceur de la paroi de la trompe, au niveau de l'insertion placentaire, elle pourrait peut-être expliquer pourquoi cette forme de salpingite s'accompagne si fréquemment de rupture qui donne soit une

grossesse extra-péritonéale quand la poche tubaire contenait un fœtus, soit une hématocele quand elle n'en contenait plus, ou enfin une hémorrhagie interne avec mort rapide, comme les journaux américains en ont rapporté un certain nombre de cas.

OBSERVATION IV.

(*Bulletin de la Soc. anat. juin 1891*).

La nommée Angelling... âgée de 28 ans, entre à l'hôpital Pascal, salle A, le 1^{er} mai 1891 et est couchée lit n° 22.

Cette malade, dont les antécédents héréditaires et personnels sont excellents, a été réglée à 17 ans 1/2 d'une façon toujours normale et régulière.

Mariée à 22 ans, elle n'a jamais eu d'enfants.

A la fin de janvier elle fit, dit-elle, une fausse-couche de 2 mois 1/2.

Depuis cette époque, elle a des métrorrhagies peu abondantes, mais presque constantes, et elle ressent dans la région des annexes droites une douleur vague, plutôt une gêne, une pesanteur qui s'irradie vers les régions lombaires et crurales du même côté.

Jamais de leucorrhée.

L'état général est excellent ; jamais la moindre poussée fébrile.

A l'examen, on trouve l'utérus en situation normale mesurant 7 centimètres 1/2. Le col est petit mais ramolli et entr'ouvert.

Le cul-de-sac latéral droit est rempli par une tumeur du volume d'une grosse orange, fluctuante en certains points, nullement douloureuse au toucher, accolée à l'utérus dont

la sépare un sillon très net et immobile comme si elle était incluse dans le ligament large.

A gauche on sent nettement l'ovaire prolobé dans le cul-de-sac latéral, mais non augmenté de volume : la trompe est absolument saine.

Il s'agit donc d'une lésion unilatérale qui est diagnostiquée ; hémato-salpinx.

Toutefois, cette tumeur paraît tellement incluse dans le ligament large qu'on fait des réserves sur la possibilité d'un kyste inclus.

Laparotomie le 12 mai 1891.

Avant l'incision on fait un nouvel examen de la malade et l'on constate un fait assez fréquent.

La tumeur est *devenue relativement mobile*. Elle se continue nettement avec la corne utérine.

Le diagnostic d'hémato-salpinx est facilement porté.

Incision médiane sous-ombilicale de 6 cent. 1/2.

La tumeur libérée de ses adhérences est amenée au niveau de l'incision. Une ponction évacue un verre de sang noirâtre très liquide.

Elle est excisée après ligature de son pédicule par deux points en chaîne à la base. Le pédicule est touché au thermocautère.

L'examen des annexes gauches montre qu'elles sont absolument saines.

Le ventre est refermé sans lavage ni drainage par trois plans de sutures comme d'ordinaire.

L'opération a duré 25 minutes pansement compris.

Les suites opératoires furent des plus simples. La malade n'eut aucune sécrétion ni douloureuse ni fébrile.

La réunion par première intention était complète au 8^e jour.

La malade sort de l'hôpital complètement guérie le 5 juin,

EXAMEN DE LA PIÈCE PAR M. PILLIET

Coupes à la limite du caillot. Au voisinage du caillot, la muqueuse présente des villosités très courtes, revêtues de leur épithélium; mais ces villosités cessent brusquement au niveau de l'insertion des caillots sanguins. En ce point, le chorion de la muqueuse est épaissi et non plus diminué de hauteur comme dans les cas où la greffe placentaire est manifeste; il est formé de lits parallèles de fibres conjonctives parcourues par des vaisseaux dilatés, ramifiées, anastomosés. Les cellules de ce tissu conjonctif sont volumineuses, tuméfiées, et beaucoup présentent des granulations jaunes dans leur protoplasma. La face interne de la muqueuse est à peine festonnée; sa limite est constituée par une accumulation de cellules serrées sur lesquelles s'insère directement le caillot: ce sont des éléments conjonctifs, très chargés de débris d'hémoglobine sous forme de bandes jaunâtres et rappelant exactement l'aspect des cellules interstitielles décrites par Robin. Le caillot adhérent n'est pas organisé, et ne présente pas de villosités. Les vaisseaux sont extrêmement développés au-dessous du caillot et il existe dans la couche musculaire de la muqueuse, autour de ces vaisseaux une nappe profonde, une véritable zone de cellules interstitielles.

Les raisons sur lesquelles on peut se baser pour penser à l'existence d'une grossesse tubaire dans ce

cas sont au nombre de trois : 1° D'abord la dénudation d'une portion circonscrite de la muqueuse et la suppression de son épithélium et de sa villosité ; on ne voit pas trop comment cette destruction s'opérerait en dehors de la placentation et par le seul fait de la présence d'un caillot sanguin.

2° C'est ensuite l'abondance des cellules chargées de pigment jaune.

3° C'est enfin la présence dans la paroi tubaire d'un lacis vasculaire composé de vaisseaux très dilatés et qui présentent, surtout les artères, des phénomènes d'oblitération très semblables à ceux que l'on rencontre dans l'utérus après la chute du placenta et qui ont fait l'objet d'une description récente de M. Mayor (*Arch. de physiologie* 1886). Pourtant nous devons avouer qu'aucune de ces raisons ne constitue une preuve certaine comme le serait la présence d'un fœtus ou de villosités, c'est seulement par l'ensemble de ces raisons et surtout par la comparaison avec des pièces d'hémato-salpingite où les villosités sont peu abondantes que l'on peut arriver à formuler un diagnostic rétrospectif. (Baudoin et Pilliet bulletins de la Société anatomique, juin 1881, fasc. n° 12, p. 326).

OBSERVATION V

Docteur E. U. Pollard. *The Lancet*, mars 1848, cité par
Fenerly, 1855, Paris

Une domestique âgée de 28 ans fit appeler l'auteur, le

20 août 1848 pour des douleurs légères dans les articulations, et pour un sentiment de faiblesse générale.

Le 4 septembre, les douleurs étaient encore assez vives dans l'épaule, et avaient un caractère rhumatismal. Dans la soirée du lendemain, elle fut prise subitement, sans autre cause connue que des rapports sexuels répétés, de nausées, de vomissements, et de douleurs vers le côté droit de l'abdomen. Les nausées et les vomissements allèrent en augmentant, et ne purent laisser de doutes sur le développement d'une péritonite ; la face était anxieuse, décolorée, le pouls insensible, les extrémités froides, la respiration oppressée, le collapsus complet. Elle succomba vingt heures après le commencement des accidents.

La nature des symptômes éprouvés par la malade indiquait la présence d'une hémorrhagie interne. Restait à savoir quelle en était la source. En ouvrant l'abdomen on aperçut une grande quantité de caillots et de sang liquide ; mais les viscères abdominaux, le foie, la rate, les reins, ne présentaient aucune trace de déchirure. En examinant le bassin, l'auteur découvrit un caillot dans la trompe du côté gauche, il détacha l'utérus et ses appendices, et voici ce qu'il trouva : l'utérus était assez volumineux ; l'ouverture du col remplie par un liquide muco-sanguinolent, et la cavité interne tapissée par une membrane caduque, qui bouchait, ainsi que cela a lieu ordinairement, les orifices des trompes.

L'ovaire droit offrait de nombreuses cicatrices et un corps jaune du côté gauche. La trompe de Fallope renfermait un caillot de la grosseur d'une amande. A un pouce environ de l'utérus et au niveau de la partie supérieure de cette tumeur, il existait une fente bouchée par un caillot irrégulier, au centre duquel on distinguait un petit sac, mais tellement comprimé et déformé par la pression du sang coagulé qu'il fut impossible de déterminer si c'était un ovule.

L'ovaire gauche était du volume d'une petite pomme et creusé à son intérieur d'une cavité remplie de sang, cavité qui s'était rompue dans la cavité abdominale par une fente d'un quart de pouce de long.

La caduque offrait sous le microscope, ses caractères habituels. Le col de l'utérus renfermait du mucus, des globules sanguins et de la fibrine.

OBSERVATION VI

(*N. Archives d'Obst. et de Gyn. juillet 1891. D^r Petit*)

Madame B., demeurant 168, rue Ordener, âgée de 29 ans, a eu 14 frères et sœurs dont 5 vivants. Fièvre typhoïde dans l'enfance. Régulée depuis l'âge de 13 ans ; jusqu'à son mariage la menstruation a été très régulière, indolore et durait de cinq à huit jours.

Mariée à 21 ans ; peu à près la menstruation se trouble et il survient de la leucorrhée accompagnée de douleurs dans le bas-ventre ; la malade est traitée pour ulcère du col par des cautérisations répétées. Pas d'accouchement ni de fausse couche.

Entre pour la première fois le 5 février 1886 à la clinique du D^r Doléris qui constate les faits suivant ; état variqueux général ; embonpoint marqué.

Col utérin assez volumineux, congestionné, présentant un orifice assez étroit. Corps obliquant légèrement vers la gauche ; hystérométrie : 7 cm ; vagin un peu rouge à papilles saillantes. Trompe et ovaire droits manifestement prolapsés dans le cul-de-sac de Douglas, mais de caractères normaux, non adhérents, non douloureux à la pression. Lombalgie habituelle avec exacerbation au moment des règles. Leucorrhée purement vaginale. Dysperennie. Il y a peu de temps aurait expulsé à trois reprises par le vagin des lambeaux membraneux au milieu d'un cortège de souffrances vives.

Le mari, interrogé, déclare qu'il avait contracté une blennorrhagie, cinq ans avant de se marier, mais qu'ils s'en

était complètement guéri et ne présentait pas le moindre écoulement lors de ses premiers rapports avec sa femme.

Le 17 février 1886 la malade sort de la clinique, après avoir subi la dilatation progressive par les tentes iodoformées sans curage.

Est revue le 21 janvier 1888, mais comme les règles étaient très proches on s'abstient d'un examen approfondi. On constate seulement que l'utérus est mou, volumineux et que la sécrétion cervicale est exagérée.

La malade qui devait revenir peu après ne se représente qu'en décembre 1889.

Aménorrhée absolue durant septembre et octobre.

A la fin de novembre 1889 elle a eu une perte accompagnée de souffrances atroces et suivie de l'expulsion d'une membrane qui a été rendue en trois fragments.

L'examen de la malade est pratiqué le 14 décembre par M. Doléris après anesthésie : L'utérus en antéflexion accentuée mesure 8 centimètres. On perçoit en arrière de lui, dans le cul-de-sac de Douglas, une tumeur qui paraît s'étendre davantage du côté gauche. Cette tumeur est irrégulière, résistante, d'un développement modéré et très douloureuse au toucher alors que la malade se réveille.

Les deux mois d'aménorrhée et l'absence de réaction fébrile donnent à penser à M. Doléris qu'il s'agit là d'ovarosalpingite chronique, avec *accumulation de sang dans la trompe*. Le curetage de l'utérus est pratiqué à la suite de cet examen.

Trois jours après, le 17 décembre, M. Doléris procède à la laparotomie. Incision de la paroi abdominale très épaisse, adipeuse.

La *trompe gauche* est enclavée au sein d'un exsudat pseudo-membraneux très dense. Cependant quelques adhérences postérieures, plus friables, se laissent déchirer du bout des doigts : cette effraction donne issue à un sang noir, sirupeux, mélangé de caillots. La voie étant faite, l'opérateur continue le dégagement de la tumeur sur tout son pourtour, et parvient à l'entraîner, ainsi que l'ovaire correspondant perdu dans la même gangue exsudative.

Du côté droit la trompe est libre, légèrement épaissie; l'ovaire du volume d'un petit œuf de poule est solidement implanté dans le cul-de-sac de Douglas et présente un kyste gros comme une noix, qui se rompt sous la pression du doigt et laisse échapper quelques caillots. Une portion de la paroi du kyste est laissée adhérente et comme incrustée dans le cul-de-sac. Le reste de l'organe est enlevé, non sans peine, avec la trompe correspondante. La malade est guérie sans incident.

Examen des pièces. — La trompe droite est saine. Son enveloppe ligamenteuse est un peu épaissie et congestionnée.

L'ovaire correspondant, notablement augmenté de volume, mais de consistance à peu près normale, n'offre de remarquable que le kyste dont il a été plus haut question: c'est un kyste sanguin intrafolliculaire, certainement dû à la périovarite. L'ovaire gauche est sclérosé.

La trompe gauche, entourée de fausses membranes parcheminées, est distendue dans son segment moyen sous forme d'une tumeur ovoïde de coloration violacée. En l'ouvrant on la trouve moulée sur une masse noirâtre qui, au premier abord, a toutes les apparences d'un caillot de vieille date. Mais en y regardant de plus près on arrive à dissocier à sa surface deux membranes; la plus extérieure rougeâtre, tumentueuse est adhérente par places à la paroi tubaire, par des tractus filamenteux et se montre nettement constituée à l'examen histologique par des *villosités choriales* en dégénérescence granuleuse. La membrane la plus interne, très mince et transparente, a tout l'aspect de l'*amnios*.

Quant à la masse principale, qui recouvre ces deux membranes, elle paraît surtout composée de pigments sanguins et de granulations graisseuses. Il s'agit donc manifestement d'une grossesse égyptique dont le fœtus est mort depuis trois semaines environ, si l'on s'en rapporte à la date de l'expulsion de la caduque, et qui pouvait être âgé à cette époque de six à sept semaines. L'œuf est relié à la

face inférieure de la trompe, sur les limites de son segment interne, par un pédicule fibreux tapissé, comme du reste toute la surface tubaire, par un lit de cellules déciduales duquel s'élèvent çà et là des débris de villosités choriales. La paroi musculaire de la trompe formée de couches alternatives de fibres longitudinales et transversales est considérablement hypertrophiée. La loge qui contient l'œuf se termine à un centimètre environ du pavillon. A partir de ce point le calibre de la trompe est normal.

OBSERVATION VII

(*Trans. of obst. Society of London 1884, vol. XXVI, p. 9*).
Hénato-salpingite. Kyste ovarique papillomateux
K. Thornton).

X..., 27 ans, mariée depuis 3 ans 1/2; fausse couche 1 ans 1/2 auparavant; menstruation régulière jusqu'en septembre 1883. A ce moment, retard de 9 jours. La femme se crut enceinte. Le 9 octobre, vives contrariétés, le 13 voyage en chemin de fer pendant lequel survint une perte subite, séreuse, abondante et prolongée. Dans la nuit suivante éclatèrent des douleurs utéro-abdominales qui s'accompagnèrent de l'expulsion d'un caillot assez volumineux. Accalmie progressive. En novembre elle vient à Brighton. Elle présente un écoulement coloré qui est constant. Le 21 du même mois, nouvelles crises de douleurs abdominales. Dr Jowers constate une rétroflexion complète de l'utérus et une tumeur dure, volumineuse, située en avant et à gauche, qu'il prit pour un fibrome. Le 3 et le 15 décembre, nouvelle crise douloureuse identique aux précédentes. La perte augmente au point d'amener vite de l'anémie et de l'épuisement. Le 13, le Dr Jowers, par le toucher rectal, constata de la fluctuation. Thornton, à ce moment, recon-

nut une tumeur qu'il supposa pouvoir être une grossesse tubaire du côté gauche. Uterus faiblement augmenté de volume et dans sa position normale. En arrière et à droite, existait une tumeur dure qu'il jugea être un fibrome. La femme perdait beaucoup, et, après son voyage, elle eut par le vagin un écoulement considérable de sang ressemblant à du goudron. La gravité de l'état général fit accepter la laparotomie qui fut pratiquée le 29 décembre. Uterus faiblement augmenté de volume et dans la position normale. En arrière et à droite, tumeur dure, irrégulière, constituée par la trompe droite, distendue par du sang épais comme du goudron, et adhérente à l'ovaire enflammé et dégénéré, à l'épiploon et à la tumeur du côté gauche. La tumeur située à gauche était la trompe énormément distendue, adhérente à l'utérus, à la trompe de droite, au plancher pelvien, à l's iliaque et au rectum. Enucléation de la masse. L'ovaire gauche était transformé en un kyste assez volumineux, qui, de sa surface externe, donnait naissance à un état d'excroissances papillomateuses. Ovaires et trompes furent extirpées. Dans la trompe droite, le sang qui était liquide et poisseux s'échappa de l'extrémité utérine de la trompe au moment de la section. Le sang qui avait formé la tumeur de gauche correspondait à des épanchements de date diverse, car les couches de la collection présentaient une organisation plus ou moins avancée. Pas d'œuf, à moins qu'on ne dut considérer comme tel un petit kyste incolore qui s'échappa au cours de l'enucléation et qui malheureusement fut perdu. L'écoulement continua quelque temps après l'opération et cessa ensuite peu à peu. Convalescence rapide et rétablissement complet en santé et en force.

OBSERVATION VIII

(Gazette des hôpitaux, Paris, 1847).

Une femme d'environ 36 ans menstruée à 15 ans, mais su-

jette aux fleurs blanches, avait eu, il y a quelques jours, une perte sanguine, lorsque, le 13 septembre 1846, après être sortie avec son fils unique, âgé de deux ans, pour s'amuser à voir danser en plein vent, elle ressentit tout à coup une sorte de colique dans le bas ventre avec un sentiment de défaillance, ce qui la fit de suite rentrer. Arrivée chez elle, elle prit un peu de pain, quelques noix, et deux ou trois figes vertes, puis se mit au lit, se sentant de plus en plus défaillir. Là, les douleurs abdominales et le refroidissement des extrémités, accompagnés de vomissements d'abord de matières alimentaires, puis glaireux et bilieux, n'ayant fait que croître dans la soirée, le mari inquiet, lui offrit, vers onze heures de la nuit, d'appeler un médecin ; mais elle refusa, disant qu'elle était habituée à avoir de temps en temps de ces coliques et que probablement cela passerait tout seul.

Mais les symptômes, loin de s'amender, devenaient de plus en plus alarmants ; la malade ayant des syncopes souvent renouvelées, le mari fit venir à une heure du matin un officier de santé qui prescrivit avec des émollients, une potion calmante et opiacée. Au point du jour, les symptômes n'ayant pas l'air de s'aggraver, et la malade tout en s'affaissant de plus en plus sans se plaindre presque, ne manifestant point le désir de revoir le médecin, celui-ci ne revint qu'à midi, c'est-à-dire au moment à peu près où, sans agonie aucune, elle venait d'expirer après quelques légères convulsions.

Cette mort survenue vingt heures après le début des accidents fit croire à un empoisonnement, et trois médecins, parmi lesquels M. Panli, narrateur du fait, furent commis à l'autopsie.

Dans l'abdomen et surtout dans le petit bassin, existait un vaste amas de sang noir, partie liquide, partie coagulée.

L'utérus, long de 7 centimètres sur 4 et 5 de large, était vide et légèrement hypertrophié ; la muqueuse tomenteuse ramollie, était recouverte par une couche de mucosités çà et là légèrement sanguinolentes.

La trompe gauche avait le volume d'une plume d'oie et environ 4 centimètres d'étendue.

La trompe droite avait la grosseur d'un doigt médius assez fort ; elle pouvait avoir 4 ou 5 centimètres de long sur 2 de diamètre ; en avant et à 1 centimètre de son extrémité terminale, existait une déchirure transversale déchiquetée et frangée de 0,13 millimètres. Les bords étaient écartés d'un millimètre et les parties voisines infiltrées de sang ; les parois étaient épaissies et contenaient un caillot de sang noir.

OBSERVATION IX (Ricard).

Madame X..., âgée de 27 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine au mois de février 1891 dans le service de M. Merklen.

Elle souffre du ventre depuis cinq ans, mais depuis six mois, il lui est impossible de vaquer à ses occupations.

Les traitements médicaux, vésicatoires, pointes de feu, injections vaginales chaudes n'ont produit aucune amélioration.

Examen gynécologique.

Palper. Douleur dans la fosse iliaque gauche.

On sent une tuméfaction au niveau de la corne utérine.

Toucher. Tumeur semi-fluctuante dans le cul-de-sac gauche, qui devient plus évidente par le palper combiné au toucher et présente le volume d'un œuf.

Rien à droite. L'utérus est un peu dévié de ce côté.

Entrée dans le service de M. Ricard vers la fin d'avril, elle est opérée le 4 mai 1891.

Laparotomie médiane et sous-ombilicale.

A gauche, M. Ricard trouve une tumeur adjacente à la corne utérine et adhérente dans toute son étendue aux parties voisines par des filaments cellulaires. La décortication n'offre pas de difficulté. Application d'un clamp. Nœud de Lawson Tait et nœud de sûreté. Mais les tissus trop friables sont coupés par le fil de soie tressée. Une nouvelle ligature permet d'assurer l'hémostase.

A droite, l'ablation des annexes est très simple. Ovaire scléro-kystique.

Les annexes du côté gauche sont examinées macroscopiquement : on reconnaît qu'il s'agit d'une salpingite hémorragique.

Suites opératoires très bonnes.

EXAMEN DES PIÈCES PAR M. PILLIET.

« Au niveau de l'insertion du caillot, la muqueuse est dénudée. Ses glandes et ses villosités ont disparu. Le caillot s'insère directement sur le chorion. Il est formé de fibrine stratifiée mais non organisée. Il renferme des masses hyalines, rappelant les villosités dégénérées, mais elles ne sont plus assez nettes pour qu'on puisse avoir une certitude sur ce point.

Tout le chorion est infiltré d'une couche de cellules conjonctives, chargées de granulations pigmentaires couleur de rouille. Le tissu conjonctif de la trompe est très abondant et les vaisseaux qui occupent la partie profonde de la paroi tubaire sont fort dilatés.

En résumé dans ce cas, il n'y a pas de fœtus, ni de villosités reconnaissables : par conséquent la preuve certaine de la grossesse tubaire fait défaut. Pourtant on pourrait pencher en faveur de la grossesse tubaire pour trois raisons :

1° La dénudation de la muqueuse au niveau du caillot, qui ne s'expliquerait pas dans le cas d'une simple hémorrhagie de la trompe :

2° La présence de cellules chargées d'un pigment

couleur de rouille, comparables à celles que l'on trouve au niveau de l'insertion placentaire après l'accouchement, et auxquelles Ch. Robin a donné le nom de cellules interstitielles de l'utérus ;

3° La dilatation des vaisseaux et l'épaississement de leur tunique, dans la paroi tubaire, au niveau du caillot, ce qui rappelle les phénomènes de même ordre, qui se passent dans l'utérus.

Ces trois ordres de raison n'ont pas une valeur absolue, mais il ne faut pas pourtant les négliger, car si on recueillait la masse entière du caillot et si on dissolvait le sang par l'alcool au tiers, on pourrait sans doute retrouver les villosités placentaires fibreuses ou dégénérées dont on ne peut constater la présence sur les coupes, parce qu'elles ont perdu tout point de contact avec la surface interne de la trompe.

OBSERVATION X

Le 15 août 1880 M. le commissaire de police du quartier de Neuilly constatant qu'une dame étrangère, artiste dramatique, avait succombé à une mort subite et craignant un empoisonnement, la fit envoyer à la Morgue où M. Brouardel fit l'autopsie.

La cavité abdominale surtout le petit bassin, était remplie de sang liquide, Autour de l'utérus se trouvait un caillot sanguin pesant 480 grammes. La quantité de sang épanchée dans la cavité abdominale pouvait être évaluée à deux litres et demi. Les parois de l'utérus n'étaient pas déchirées ; à quelques centimètres du corps de l'utérus la trompe gauche présentait une dilatation manifeste de la

gros seur d'une moitié de noix dont le sommet convexe était le siège d'une petite déchirure mesurant 2 à 3 millimètres de largeur.

Cette petite dilatation ampullaire était tapissée intérieurement par de petites villosités analogues à celles qui tapissaient la cavité utérine dans toute son étendue.

L'ovaire du même côté contenait un corps jaune très volumineux. La vessie était normale.

Le vagin ne présentait aucune trace de caillots sanguins, mais quelques mucosités glaireuses non mélangées de sang.

Conclusion. — La mort avait été causée par une hémorrhagie consécutive à la rupture d'un kyste foetal développé dans la trompe et datant probablement d'un mois et demi à deux mois.

OBSERVATION XI

Le 28 mars 1882, se trouvait à la morgue le cadavre d'une jeune fille de 22 ans, décédée subitement. On croyait à un avortement.

Les seins étaient peu volumineux, ils contenaient un peu de colostrum que l'on faisait sourdre à la pression. La peau de l'abdomen était couverte de vergetures blanches, trace d'une grossesse ancienne.

Dans la cavité péritonéale, on a trouvé un énorme caillot sanguin et trois litres environ de sang liquide. Au centre de ce caillot on découvrait un petit fœtus mesurant 2 à 3 cent. de longueur. La trompe gauche présentait une déchirure dont les bords étaient déchiquetés et mesurait environ 1 cent. 1/2. Cette déchirure communiquait avec une poche sur les parois de laquelle était inséré un chorion couvert de villosités.

Le péritoine qui recouvrait cet épanchement sanguin

était coloré par le sang mais ne portait aucune trace de fausses membranes anciennes ou récentes.

Utérus petit ; au niveau du col légèrement entr'ouvert quelques mucosités sanguinolentes.

Muqueuse intra-utérine sanguinolente, aucune trace de violence. Corps jaune dans l'ovaire droit.

Le tissu cellulaire situé entre le vagin et le rectum était le siège d'une suffusion sanguine considérable.

Conclusion. — La mort a été causée par la rupture d'un kyste foetal extra-utérin arrivée à un mois et demi ou deux environ.

OBSERVATION XII

M. Paul Reynier (S. chir. séance du 8 avril)

Il s'agit d'une femme de 30 ans, d'une bonne santé habituelle, qui, sauf une grossesse régulière à l'âge de vingt ans n'a rien à signaler dans son passé utérin.

Il y a deux mois, trois ou quatre jours après la fin de ses règles, elle éprouve des douleurs dans la région hypogastrique gauche. Ces douleurs allèrent en s'accroissant et augmentèrent après la seconde époque de règles, qui fut douloureuse.

Elle entra sur ces entrefaites dans le service de M. Roques qui la fit passer dans le service de M. Reynier, le 24 mars 1871.

A l'examen, on constate par le toucher, dans le cul-de-sac gauche, une grosseur allongée transversale dans laquelle on crut pouvoir reconnaître la trompe, évidemment prolabée.

L'utérus était légèrement repoussé à droite, le col n'offrait rien de particulier au spéculum. Le diagnostic fut porté de salpingite probablement hémorrhagique.

Le 28 mars, vers deux heures de l'après-midi, les règles

commencèrent à apparaître; l'écoulement était modéré et s'accompagnait de coliques douloureuses.

Les règles s'arrêtèrent dans la nuit pour reparaître le lendemain matin, et continuer jusqu'au 30 mars, où, le soir, vers quatre heures, se produisit une suppression brusque des règles, accompagnée de très vives douleurs dans le ventre; la malade eût une demi-syncope, et devint fort pâle. Le lendemain matin, les douleurs avaient diminué, mais la figure de la malade était très pâle. Les règles n'avaient pas reparu.

Par le toucher, on constatait que le cul-de-sac latéral bombait dans le vagin et était fluctuant. L'utérus était repoussé à droite, par une tumeur du volume d'une tête d'enfant, qui remontait jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic.

Devant ces symptômes, le diagnostic d'hématocèle péri-utérine s'imposait, et, tenant compte de la salpingite antérieure, on crut pouvoir rattacher l'hématocèle à une rupture de la trompe.

La femme n'ayant pas de symptômes généraux, les douleurs se calmant, on la laisse pendant quatre jours se remettre du choc produit par l'hémorrhagie, et le 4 mars M. Reynier fait la laparotomie avec l'idée d'enlever les annexes malades qui pourraient être la cause de nouveaux accidents.

Le ventre ouvert, on trouve au dessus de la symphyse pubienne une tumeur située sur le côté de l'utérus, tumeur limitée en avant par le feuillet antérieur du ligament large, et en haut par les anses intestinales.

Après avoir essayé de fonctionner à travers le ligament large, ne voyant rien s'écouler par la canule, M. Reynier se décide à pénétrer dans la cavité de la poche, en détachant les adhérences supérieures intestinales. On voit alors que les adhérences se faisaient à la trompe non rompue mais distendue par un caillot sanguin.

La trompe contribuait à former la paroi supérieure et elle aurait été soulevée, séparée du cul-de-sac vaginal où

on l'avait constatée avant l'hématocèle, par le sang qui s'était épanché au-dessous d'elle. En effet après l'avoir contournée on tombe dans une cavité remplie de sang en caillots ce qui explique pourquoi, par la ponction, rien ne s'était écoulé. Cette cavité s'étendait en arrière de l'utérus, entre cet organe et le rectum ; le cul-de-sac péritonéal recto-utérin en formait la paroi inférieure.

Après avoir vidé cette cavité des caillots et du sang qu'elle contenait on enlève les annexes du côté gauche, et en même temps les annexes du côté droit ; la trompe en effet est malade et présente les lésions manifestes d'une salpingite catarrhale. L'ablation des annexes du côté droit fut également faite dans le but de diminuer la congestion utérine qui survient souvent après l'ablation des annexes, et qui se traduit par un écoulement de sang, ayant tout le caractère de l'écoulement menstruel. Il y avait intérêt à diminuer cette congestion. En enlevant la trompe du côté gauche, la ligature placée trop près de la corne utérine, avait déchiré le ligament large sur son bord utérin, et on fut obligé de remédier à cette déchirure au moyen d'une suture en surget avec fil de soie n° 1.

Les annexes enlevées, on finit l'opération par un nettoyage complet et minutieux de la cavité avec les éponges ; pour être sûr de ne pas laisser de caillots, on termine par un lavage à l'eau boricuée, bouillie, lavage fait pendant 10 minutes.

Le ventre est ensuite refermé sans drainage.

La malade n'a pas eu de fièvre et au quatrième jour va très bien.

Quant aux annexes enlevées, voici ce que l'examen montre : La face postérieure du ligament large présente des fausses membranes de formation récente, et on y trouve de nombreux caillots adhérents ; dans l'épaisseur du ligament, on voit par transparence des hématomes. Mais les lésions sont surtout très prononcées dans cette partie du ligament qui réunit l'aileron postérieur ou ovarien à l'aileron moyen ou tubaire.

Là, dans cette région qui correspond au plexus utéro-ovarien, on voit les veines très distendues, et au niveau du tube de l'ovaire, on trouve une veine ouverte, fermée par un caillot.

EXAMEN DES PIÈCES PAR M. PILLIET

Le caillot incisé présentait à son centre une petite cavité allongée tapissée par une séreuse lisse et ne contenant qu'un liquide clair et aucune trace de fœtus. C'est une véritable cavité amniotique. Le caillot présentait sur les coupes des stratifications et des zones blanchâtres indiquant qu'il était le résultat de plusieurs hémorrhagies successives.

Sur des coupes faites de façon à comprendre la paroi saine de la trompe et l'insertion du caillot, on peut constater les particularités suivantes :

La paroi de la trompe s'amincit brusquement au niveau du caillot et en effet celui-ci repose directement sur la couche musculaire avec laquelle il est en contact.

Tout l'épaisseur des franges de la trompe ainsi que celle de leur chorion se trouve ainsi supprimée. Dans cette paroi amoindrie se trouvent des vaisseaux extrêmement dilatés et flexueux.

Ce sont d'une part les artères pelotonnées presque hélicines, notablement épaissies par une prolifération considérable de leur tunique élastique ; fort semblables en un mot à celles que l'on rencontre après l'accouchement au-dessous de l'insertion pla-

centaire dans un utérus humain ; à côté se voient des veines sinueuses, étoilées et très larges qui sont béantes et ne présentent pas de processus de régression comme les artères.

Les lymphatiques assez nombreux entourent tous ces vaisseaux qui forment des plans situés principalement à la partie externe de la trompe. L'endothélium de tous ces vaisseaux sans exception, est notablement tuméfié.

Les fibres lisses des couches musculaires sont hypertrophiées, mais les plans qu'elles forment sont éparpillés tant par la présence des plexus vasculaires, que par la dilatation excentrique de la trompe, en sorte que cette couche ne forme pas un feutrage serré.

Au-dessus d'elles se trouve un chorion épaissi qui présente quelques rares saillies villeuses et les premières assises du caillot sanguin qui sont immédiatement au contact du tissu sans traces de glandes ni d'épithélium. Ces couches profondes du caillot sont parsemées de leucocytes volumineux que remplissent des débris de pigments sanguins sous forme de granulations jaunes. Les autres couches présentent une consistance inégale et un aspect différent suivant les points ; tantôt il existe un réseau filamenteux très serré de fibrine englobant les globules rouges dégénérés et peu abondant, tantôt il existe de véritables lacs entièrement remplis de globules rouges sans fibrine ; de place en place apparaissent des villosités placentaires très peu abondantes ; leurs arborisations

latérales sont atrophiées et elles ne forment plus que des tiges rigides entièrement conjonctives dépourvues de capillaires ; elles sont encore recouvertes par une couche d'épithélium provenant de l'ectoplacenta et composée de cellules petites et serrées étalées en couche uniforme ; très peu présentent des noyaux multiples.

Dans le reste de la trompe, les franges sont courtes, épaisses et infiltrées d'une grande quantité de cellules rondes.

Il s'agit d'une hémato-salpingite consécutive à une grossesse tubaire dans laquelle le fœtus a été résorbé, en laissant une cavité amniotique, reliquat de l'œuf. Dans ce cas les villosités étaient si peu nombreuses que l'examen microscopique était nécessaire pour en affirmer la présence. Nous pouvons tirer de cette observation quelques considérations anatomiques qui aideront, croyons-nous, à interpréter certains des symptômes propres à l'hémato-salpingite :

1° Tout d'abord dans ces grossesses tubaires, la surface de placentation offerte par la trompe paraît le plus souvent insuffisante pour nourrir le fœtus : ou il ne dépasse pas un certain volume, ou il s'atrophie complètement.

2° La placentation, comme l'ont montré des recherches récentes, est le résultat d'une végétation d'un tissu ectodermique fœtal, l'ectoplacenta.

Ce tissu détruit la muqueuse maternelle, pénètre ses vaisseaux mis à nu et circonscrit les hémorrhagies qui en résultent ; il s'ensuit que dans son ensemble

le phénomène de la placentation rappelle, comme l'a dit M. le professeur Mathias Duval, le captage d'une source.

Lorsque le fœtus est mort, les villosités placentaires qui ont pénétré les vaisseaux maternels à la suite de l'ectoplacenta, s'atrophient peu à peu; il en résulte des hémorrhagies successives qui sont en partie circonscrites dans les cloisons placentaires restantes et peuvent en partie s'écouler au dehors sous forme d'un sang noir et concrété; on pourrait presque dire que le caillot qui atteste une placentation tubaire est d'autant plus développé que l'atrophie des villosités fœtales est plus avancée; ainsi dans notre cas le caillot était très volumineux, les villosités très rares.

3° L'insertion placentaire diminue considérablement l'épaisseur de la trompe au point où elle se fait, d'où la prédisposition aux ruptures dans cette forme de salpingite, et d'autre part la réparation de la muqueuse de la trompe paraît se faire d'une façon extrêmement lente et tardive, ce qui tient sans doute à la chute totale de l'épithélium, à l'adhérence du caillot, au chorion dénudé de la trompe, et à l'absence d'expulsion du placenta, puisqu'il n'y a pas d'accouchement.

OBSERVATION XIII

Alban-Doran. Congrès annuel de l'Association méd. anglaise, sect. d'obst., et de gyn., juillet 1891. Brit. Méd. J. 10, octobre 1891, p. 789-792.

Grossesse tubaire droite rompue. Hémato-salpingite de la trompe gauche. Hématocèle intrapéritonéale. Laparotomie. Drainage du cul-de-sac de Douglas. Guérison.

La malade qui fait l'objet de cette observation était soignée par le Dr Walther-Roughton de New-Barnet ; elle est âgée de 36 ans et mariée depuis 16 ans. Deux fausses-couches ont précédé son unique accouchement qui date de dix ans : l'enfant venu à terme vit et se porte bien.

Depuis huit ans la malade accuse des douleurs dans le ventre, une fois même ces douleurs ont été assez aiguës pour nécessiter un séjour au lit de 2 mois ; elle se montraient du reste plus vives pendant la marche et au moment de la défécation.

Il y a cinq ans, elle consulta le Dr Thornton qui trouva simplement des lésions évidentes des annexes du côté gauche.

En avril 1890, la malade fut prise pendant la nuit d'une violente douleur à l'hypogastre avec irradiation vers le thorax et les membres inférieurs ; on administra de l'opium.

Trois semaines après, nouvelle attaque plus intense, qui nécessita un séjour au lit de 2 mois.

L'abdomen restait toujours très sensible.

Nouvelle crise douloureuse pendant sa convalescence.

Le 12 janvier 1891 la malade eut pour la dernière fois ses règles qui jusque là avaient été régulières.

Après un retard d'une quinzaine de jours, deux attaques successives le 22 et le 28 février.

Le 2 mars je fus appelé auprès d'elle. L'exploration pel-

vienne fut des plus difficiles à cause de la vive douleur qu'elle provoquait, mais elle me permit toutefois de sentir un point résistant sur le côté gauche du col de l'utérus; rien de particulier du côté droit.

Comme l'état de la malade devenait menaçant, je conseillais l'intervention.

A peine avais-je laissé cette malade qu'on me rappela aussitôt, car elle venait d'être prise d'une nouvelle attaque caractérisée par des douleurs intenses et un état syncopal.

Une opération exploratrice aussitôt fut décidée le 7 mars.

J'incisais la paroi abdominale sur la ligne médiane et il s'écoula immédiatement par l'ouverture ainsi faite, une grande quantité de liquide noirâtre et de sang coagulé que j'enlevais avec les mains; j'arrivais ainsi sur les annexes du côté gauche que j'attirais au dehors après avoir libéré les nombreuses adhérences qui les maintenaient fixées. La trompe dilatée à son extrémité rangée présente une large déchirure que comble un caillot récent. Une pince à forcipressure est appliquée au niveau de l'extrémité utérine.

A droite la trompe est uniformément distendue par des caillots et du sang liquide qui suinte librement par l'orifice péritonéal béant.

Les annexes ligaturées sont ensuite enlevées des deux côtés.

Résection d'une grande portion d'épiploon œdématisé et adhérent au pubis et au péritoine. Drainage du cul-de-sac de Douglas avec un tube de caoutchouc. Suture abdominale et pansement.

Le drain est enlevé le deuxième jour. La convalescence est marquée vers la fin du deuxième septenaire par une poussée de néphrite et d'entérite, mais la guérison s'obtient définitive à la fin de juin. Disparition complète des douleurs qui duraient depuis huit ans: état général excellent.

Examen des pièces:

Annexes droites. — La trompe a quatre pouces de longueur, son conduit est largement dilaté et donne une libre

issue à du sang fluide ; après avoir incisé cette trompe on trouve sur ses parois un caillot friable de forme cylindrique, légèrement adhérent dans sa moitié externe mais faisant corps avec elle du côté de l'utérus. Au centre de ce caillot se trouve un petit nodule ayant tous les caractères d'un ovule apoplectique.

L'ovaire petit, de forme irrégulière, contient quelques rares follicules de Graaf et un corps jaune en voie d'atrophie.

Annexes gauches. — Tout près de son pavillon, le conduit de la trompe est le siège d'une brusque dilatation renfermant un caillot récent et présente une petite déchirure à ce niveau. Le reste du canal tubaire paraît normal.

L'ovaire a une surface irrégulière, sa consistance est molle, et il contient dans son épaisseur un gros corps jaune, au centre duquel on aperçoit un petit caillot rose, pâle, entouré d'une paroi épaisse et sinueuse de couleur jaunâtre.

Examen histologique. — Les coupes de cette trompe, faites au niveau même de la déchirure, montrent tous les caractères de la salpingite catarrhale. Les replis de la muqueuse, complètement dépourvus d'épithélium, présentent un gonflement exagéré. Le tissu conjonctif est infiltré de cellules rondes. Les vaisseaux sanguins sont largement dilatés ; mais nulle part on ne trouve les vestiges d'une grossesse extra-utérine.

Il est de toute évidence au contraire, que la trompe est le siège d'une grossesse tubaire, comme le montrent les coupes faites au point où le caillot et la trompe font corps. A ce niveau, on voit trois villosités choriales avec tous leurs caractères, l'une d'elles est profondément située. Dans le nodule situé au centre du caillot perdue au milieu de filaments fibrineux se voient deux grosses villosités ; ce nodule était donc une portion du caillot et non un ovule apoplectique.

La présence des villosités choriales est caractéristique : du reste elles sont beaucoup trop étendues pour être prises pour des franges tubaires et se trouvent dans un endroit où ces franges n'existent pas.

En résumé il s'agit de grossesse et avortement tubaires récents du côté droit.

L'opération s'imposait du fait de l'hémorrhagie se produisant par l'orifice de la trompe droite, indépendamment même de celle qui avait eu lieu consécutivement à la rupture de la trompe gauche.

OBSERVATION XIV

Hémato-salpinx gauche rompu dans le cul-de-sac de Douglas.

Hématocèle rétro-utérine consécutive. Grossesse-extra-utérine tubaire probable. Salpingite parenchymateuse droite. Lavage Mickulicz. Guérison. Opérée le 28 octobre. (Observation de M. le Dr Pozzi, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal).

B..., Marie, 35 ans. Antécédents nuls. Réglée à 14 ans. Rhumatisme articulaire à 15 ans, garde le lit 3 mois, pendant ce temps les règles disparaissent, elles ont reparu ensuite, mais peu abondantes et irrégulières.

Mariée à 25 ans : règles redeviennent normales. Première grossesse à 26 ans.

2^e grossesse 11 mois après, couches normales ; 3 autres grossesses à 2 ans d'intervalle chacune ; depuis la dernière qui date de 18 mois, douleurs dans le bas-ventre consécutives à une hémorrhagie grave de la délivrance.

A la fin de 1889, les règles deviennent hémorrhagiques, durent 15 jours ; depuis ce temps la malade souffre beaucoup du ventre, elle est sujette à de véritables crises qui ont compromis son état général.

Examen. — Col dur dirigé en arrière, un peu abaissé ; à la palpation bimanuelle on constate que le corps de l'utérus est dévié à droite et en avant. Dans le cul-de-sac de Douglas intimement unie à la face postérieure de l'utérus, existe une grosse tumeur (tête de fœtus à terme) globuleuse, occu-

pant tout le cul-de-sac postérieur et empiétant sur les culs-de-sac latéraux.

Diagnostic. — Ooropho-salpingite kystique dans le cul-de-sac de Douglas avec soupçon d'apoplexie récente et de grossesse extra-utérine.

Opération. — A l'ouverture de l'abdomen on tombe sur une tumeur adhérent à la face postérieure de l'utérus, et occupant le cul-de-sac de Douglas. En la décortiquant très péniblement M. Pozzi la rompt, car elle est très friable et de nombreux caillots couleur chocolat se répandent dans le ventre ; on achève de décortiquer et on amène à l'extérieur une masse qui contient les annexes gauches et dont le pédicule est formé par la partie interne de la trompe gauche.

L'ovaire situé au-dessous est enlevé ensemble et à part.

A droite on enlève la trompe et l'ovaire peu hypertrophiés mais altérés et adhérents.

Examen des pièces. — A gauche trompe épaisse dans sa moitié utérine et remplie par une tumeur grosse comme un œuf de pigeon dans son tiers externe. Celle-ci se continue avec les débris de la tumeur hémattique qui s'est fragmentée pendant l'opération et qui était limitée par une épaisse fausse membrane.

En sectionnant la trompe on voit dans sa moitié externe un gros caillot cohérent de couleur rouge framboise piqué de parties fibrineuses ; il est adhérent à la partie dilatée de la trompe amincie (grossesse tubaire). Au-delà, on voit le tissu de la trompe se continuant directement à l'extérieur avec la paroi de l'épanchement sanguin formée par la fausse membrane, mais à la palpation, on sent très bien la limite entre cette paroi épaissie et celle de la trompe épaissie.

Les caillots qui existent au-delà de la trompe paraissent beaucoup plus altérés (brunâtres et diffluent). Il semble qu'il y a eu là un hémato-salpinx rompu dans le cul-de-sac de Douglas, avec enkystement d'une hémato-cèle rétro-utérine très limitée. Quant à la nature de l'hémato-salpinx, elle reste douteuse jusqu'à l'examen histologique.

Côté droit. — Trompe épaissie, parois épaissies, œdémateuses (salpingite-catarrhale), pavillon intérieurement fusionné avec un lambeau de la poche hémorrhagique.

Ovaire scléro-kystique.

OBSERVATION XV

Une dame, âgée de 31 ans, est devenue enceinte pour la troisième fois. La ménopause a duré deux mois, lorsque la malade ressentit subitement de vives douleurs au bas-ventre.

Elle eut une syncope de courte durée et une hémorrhagie utérine qui disparut au bout de quelques jours. L'examen gynécologique, fait par un médecin spécialiste, ne découvre rien que des signes d'une grossesse normale.

Mais la malade, souffrant de temps en temps, consulte plusieurs autres docteurs qui reconnaissent plus tard qu'elle est probablement souffrante d'une grossesse extra-utérine. Pour n'avoir plus aucun doute, il y eut une consultation de médecins renommés qui décidèrent de faire une exploration avec l'emploi du chloroforme et de constater la vacuité de l'utérus par l'exploration digitale et de râcler la surface interne de la matrice pour en retirer une partie de la caduque.

Tout était préparé pour une laparatomie en cas qu'elle fût jugée nécessaire. La malade est chloroformée dans son lit et transportée ensuite sur la table opératoire. La narcose était difficile et s'accompagnait d'un vomissement réitéré. Avant de procéder à une manipulation quelconque, l'opérateur explora encore une fois la malade et remarqua un changement très saillant dans l'état de la tumeur : elle s'était diminuée plus que de moitié. Ce décroissement fut confirmé aussi par le médecin qui chloroformait la malade. La diminution de la tumeur indiquait qu'elle s'était rompue. Quoique ce phénomène confirmât avec une certaine proba-

bilité qu'il s'agissait ici d'une grossesse extra-utérine, néanmoins on procéda au curettage de la matrice. Au bout d'un quart d'heure, on constata un changement brusque du pouls radial, qui devint presque imperceptible. On dut alors renoncer à l'emploi du chloroforme, mettre fin à l'opération et coucher la malade dans son lit. Le diagnostic étant clairement établi par l'examen microscopique de la caduque, retirée par le râclage il paraissait nécessaire de procéder immédiatement à une laparotomie pour trouver l'origine de l'hémorrhagie interne. Mais cette laparotomie ne put être exécutée parce que la syncope était trop prononcée. La dame ne mourut que le lendemain matin.





CONCLUSIONS

I. — Les hémato-salpinx reconnaissent plusieurs causes, mais depuis les plus récents travaux la cause la plus fréquente semble être : un arrêt d'une grossesse tubaire dans son évolution.

II. — Par l'examen histologique on peut trouver les restes d'un chorion et de villosité placentaires ; quand le fœtus a disparu la cavité amniotique peut persister sous la forme d'une fente allongée occupant le centre d'un caillot très volumineux. Les ramifications des villosités ont disparu et leur transformation fibreuse est très avancée. Les lacs sanguins débarrassés des cotylédons placentaires ont donné lieu à des hémorrhagies successives qui les ont fusionnés entre eux et qui ont interposé un caillot presque pur entre les débris du placenta refoulé et la paroi de la trompe.

III. — Si on observe un caillot d'hémato-salpinx à un état plus avancé on ne trouve plus de cavité amniotique et les villosités sont de plus en plus rares et difficiles à retrouver dans le caillot : celui-ci subit au voisinage de la paroi un commencement de ré-

gression que caractérise l'infiltration du tissu conjonctif intermusculaire et superficiel par un grand nombre de cellules migratrices chargées de débris d'hémoglobine et de pigment sanguin.

IV. — Enfin on peut trouver comme reliquat de grossesse tubaire un mince caillot pariétal adhérent ne contenant plus de villosités et dont l'origine ne pourra être soupçonnée que pour deux raisons : dénudation de la muqueuse à son niveau et présence de ces cellules migratrices pigmentées dont nous venons de parler.

V. — L'intervention chirurgicale est absolument indiquée lorsque l'état de la malade s'aggrave de plus en plus.

VU :

par le Président de la thèse

LABOULBÈNE.

VU :

Le Doyen,

BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A

- Archives générales de médecine, Paris, 1890. Des salpingites. Ozenne, p. 594, 692.
- American journal of obstetric, 1889.
- Archives de tocologie.
- Aran. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes, 1858.
- Astruc. — Traité des maladies, 1770.
- Annales de gynécologie, 1885-1889.
- Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 3^e série, tome XXVI, n^o 2, août 1891. (De la grossesse extra-utérine au point de vue médico-légal, par le D^r Casimir Zmigrodski, p. 152).
- Archives de physiologie normale et pathologique, 1887.
- Aran. — Grossesse extra-utérine simulant un kyste du petit bassin (Union méd., 1853).
- Abel. — Zur Anatomie der Eileiterschwangerschaft nebst Bemerkungen zur Entwicklung des menschlichen Placenta. Arch. für Gyn. XXXIX, 3.
- Andry. — Archives de tocologie, août 1890, p. 542.
- Aveling (James). — Brit. méd. J., 10 mars 1888.

B

- Becquerel. — Traité clinique des maladies de l'utérus, 1859.
- Bernutz et Goupil. — Clinique médicale sur les maladies des femmes, 1860.

- Bulletin général de thérapeutique, 1888.
- Boivin (M^{me}). — Mémoire sur les hémorrhagies internes de l'utérus, 1879.
- Bandl. — Die Krankheiten der Tuben, 1886.
- Barnes. — Obstetrical opération.
- Beigel. — Die Krankheiten der weibl. Geschlechtsarg, 1874.
- Berliner Klinische Wochenshc., 1887.
- Bennett. — Traité pratique de l'inflammation de l'utérus de son col et de ses annexes, par James Henry Bennett, Paris, 1864, in-8.
- Briggs. — Cares of hæmatosalpinx. Liverpool M. Chir. J, 1890.
- Bantock. — Hæmatosalpinx with cystic disease of the ovary. Brit. M. J. Lond., 1888, 249.
- Bouilly. — Hémato-salpingite. Bul. et mém. Soc. chir. Paris, 1887, n. s. XIII, 190 et XVI, 1890, p. 500.
- Barnes. — Traité des maladies des femmes traduit par Cordes, 1876.
- Boinet. — Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement, Paris, 1867.
- Bulletins de la Société anatomique, 1854, 1860, 1891.
- Balbiani. — Leçons sur la génération des vertébrés, Paris, 1879.
- Belun. — Grossesse utérine et extra-utérine. Arch. f. Gynak, t. VII, p. 314.
- Bonnie. — Des grossesses extra-utérines. Thèse de Paris, 1821.
- Barth. — Gaz. méd. de Paris, 14 juin 1890, p. 281-283 et 292-295.
- Bary. — Bull. et mémoires de la Société de chirurgie. Séance du 14 janvier 1891, t. XVII, n^{os} 1-2, p. 17.
- Bergstrand. — Tira 1890, p. 304.
- Berlin (Fanny). — Am. J. Obs. N. Y. 1889, XXII, p. 495-500.
- Bonafini. — Rivista Veneta di Sc. med., février 1886.
- Brann. — Sitzungs b d. gebursth gynäk. gesellich. in Wien, 1889, p. 108.

- Brodier (H.). — Bull. Société anat. de Paris, mars et mars-avril 1890, fascicules 6 et 7, p. 176-179.
- Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris.
Séance du 8 avril, n° 5, juin 1891. (Reynier, Pozzi, Routier, Schwartz.
- Byford (Henry), — Americ. J. obst., novembre 1886.
- Byrne. — Transact. Roy. Acad. M. Ireland. Dublin, 1888, 284-91.
- Binand. — De l'hématocèle pelvienne intrapéritonéale. Th. Bordeaux, 1892.

C

- Coulom. — Contribution à l'étude de l'hémato-salpinx. Th. Bordeaux, 1890.
- Chambon. — Maladies des femmes.
- Cruveilhier. — Traité d'anatomie pathologique générale, 1862.
- Courty. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 1887.
- Chayé. — Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine, Paris, 1882 (8, Brouardel).
- Centralblatt für Gynäkologie, 1878, n° 7, obs. de Späth.
- Cramer. — Ueber Tubenschwangerschaft. Inaugural Dissertation... welch am 4 Februar 1886. vertheidigen wird... Hermann Cramer. Berlin, G. Schade (O Francke), 1886, in-8.
- Cornil et Terrillon. — Anatomie et physiologie pathologiques de la salpingite et de l'ovarite. Arch. phys. norm. et path., Paris, 1887, 3 s. X, 529-559, 2 p.
- Comptes-rendus des séances de l'Académie des sciences, 1850.
- Campbell. — Mémoire sur la grossesse extra-utérine. Edinbourg, 1842.
- Cazeaux. — Traité d'accouchements.
- Cullingworth. — Grossesse extra-utérine. Obst. journal, t. XXXIV.
- Chailly. — Traité pratique de l'art des accouchements, Paris, 1827.

- Cooke. — Grossesse intra et extra-utérine simultanée par venue à terme. Trans. of. obs. Soc. Lond., 1884.
- Cyprinus. — Grossesse extra-utérine, Leyde, 1700.
- Coste. — Histoire du développement des corps organisés, 1859.
- Cornil. — Leçons sur l'anatomie pathologique, 1889.
- Campe (Von). — Verhände, der Berl. ges. für gebur, méd. gynäk, 1883.
- Carsten Berliner Klinik Sammlung Klinischer Vorträge, Hft XXXV, Berlin.
- Clinten. — Centr. für gyn., année 1889, p. 16.
- Crosm. — The medical Press circular, London, 1891, N. S. p. 189.
- Cullingworth — Trans. obs. Lond. Lond. Soc. XXX, p. 273.
- Cullingworth (J.). — Trans. obs. Lond. Sect. XXXI vol. année 1889, p. 257.
- Cushing (E. W.). — Boston Med. and Surg. journ., 1889, p. 114-117.

D

- Dagot. — De la nature de quelques hémato-salpinx. Th., Paris, 1891.
- Dictionnaire des sciences médicales, vol. XIX, Paris. 1817.
- Art. Grossesse, par Marc.
- Douglas. — A case of hémato-salpinx, laparotomy, recovery. Am. J. Obst. N. Y., 1888, XXI, 368.
- Leschamps. — Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines et de leur traitement. Th., Paris, 1880.
- Daynac. — Grossesse extra-utérine, n° 71. Thèse de Paris, 1825.
- Depaul. — De la grossesse extra-utérine péritonéale. Arch. de Tocol. 1874-75.
- Dezeimeris. — Journal des Connaissances méd. et chir., janv. 1837.

- Duguet. — Des grossesses extra-utérines et en particulier de la grossesse tubaire (Annales de gynécologie), 1874.
- Debierre. — Manuel d'embryologie humaine et comparée. 1886.
- Delbet (Pierre). — Des suppurations pelviennes chez la femme, Paris. 1891.
- Demange. — Rev. médicale de l'Est. 1889, XXI, p. 16-20.
- Desguin. — Société Belge d'obst. et de gyn. Séance du 19 janvier 1890.
- Dolérus. — Bull. mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris. 1890, p. 26-31.
- Dolérus. — Soc. obst. et gyn. de Paris. Séance du 12 juin 1890.
- Dolérus. — Nouv. arch. d'obst. et de gyn., 25 juillet 1891, p. 342-347.
- Donell (Mac). — Montréal. Méd. J., 1889-90, XVIII, p. 226.
- Duchamp. — Lyon Médical, n. 35, 28 août, 1887, n° 590.
- Dudley. — New-York, obst. Soc., mai 1890. Amer. J. of obst., juillet 1890.
- Duguet. — Ann. de gynécologie, année 1874, 2^e semestre, p. 270.
- Dunbar Hooper. — Brit. méd. J., 7 mars 1891.
- Dumontpallier. — Ann. de gynécol., janvier 1878, p. 1-15.
- Duncan (Matt.). — Edinburgh. medic. J., 1881, cité par Barnes, p. 519.

E

- Emmet. — The principles and practice of gynæcology, 1885.
- Edis. — Société gyn. anglaise. Séance du 13 février 1889. British. med. J., 16 mars 1889.

F

- Fritsch. — Die retro-uterine Haematocel. Volkmann's Sammlung, 1873.

- Fuld. — Salpingotomie wegen Hâmatosalpinx by Gynatresie. Arch. f. Gynaek. Berl., 1889, XXXIV, 191-238.
- Fontaine. — Étude sur les injections utérines après l'accouchement, Th. Paris, 1860.
- Friedreich. — Sur un cas probable de grossesse extra-utérine avec terminaison favorable par une nouvelle méthode de traitement. Arch. de Virchow, 1864.
- Fauvel. — Bull. de la Soc. anatom. de Paris, XXX^e année 1855, p. 395.
- Flothmann. — Tentr. für gyn. année 1889, p. 730.
- Frommel. — Deutsche méd. Woch, n° 23, 1890, p. 494.
- Formad (de Philadelphie), Am. gyn. Association, septembre 1889.

G

- Güemes. — De l'hémato-salpingite. Th. Paris, 1888.
- Gazette des Hôpitaux, 14 avril 1891.
- Gallard. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes.
- Gallard. — Leçons cliniques sur la menstruation et ses troubles.
- Gazette des hôpitaux, 1847.
- Guérin. — Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme, 1878.
- Gilchrist. — Traitement de la grossesse extra-utérine, Th. Paris, 1890.
- Gendrin. — Traité philosophique de médecine pratique, 1839.
- Guyon. — Th., Paris, 1858.
- Gruber A. — Ueber die Therapie der Extrauterinschwangerschaften. Inaugural dissertation... eingebracht von A. Gruber. Munchen, G. Wolf und Sohn, 1834, in-8.
- Gallard. — Leçons cliniques sur les maladies des ovaires, 1886.

- Guichard. — Recherches sur les injections utérines en dehors de l'état puerpéral. Th., Paris, 1870.
Gardien. — Traité d'accouchements, Paris, 1824.
Godet. — Med. Record, 1890, mar, 8, p. 238. Centr. f. gyn. 1890, p. 937.
Gordon (S. G.). — New-York, méd. J., 14 février 1888.
Gordon N. Y. méd journal, p. 118, 4 février 1888.
Grein (E.). — Zwei Palle von Hœmatocele retrouterina. Tübingen, 1889.
Gusserow (A.). — Arch. für gynakol. Band XXVIX, Hft. 3, 1887.

H

- Hayem. — Revue des sciences médicales.
Hourmann. — Journal des connaissances médico-chirurgicales, 1840.
Hennig. — Die Krankheiten der Eileiter, 1876, Stuttgart.
Huttner (Ignaz). — Graviditas tubaria simplex. Inaugural dissertation... vorgelegt von... Ignaz Huttner München, B. Heller, 1881, in-8.
Hecker. — Contribution à l'étude des grossesses extra-utérines. Monat für Gebru, fév. 1859.
Held. — De gravitate tubaria Lips, 1854.
Hugnier. — Grossesse supposée extra-utérine. Union méd. 1852.
Hegard et Kaltenbach. — Gynécologie opératoire, 1885.
Hofmécir. — Gynécologie opératoire, 1889.
Hamilton. — N. Y. méd. J. 8 février 1890, p. 143.
Hanks. — N. Y. obs. Soc, octobre 1889 et Am. J. obst. janvier 1890.
— Americ. Journ. of. obst. juillet 1890.
Hellmuth. — Centr. für gynak, année 1888, p. 214.
Hennig (G.). — Gesellschaft für gebutshülfe zu Leipzig, février 1888.
— Centr. für gynak, 1888, p. 428.
Hermann (Ern.). — Brit. méd. J. 7 mars et 2 juin 1888, septembre 1890, p. 723.

Hollstein. — Deutsch méd. Wochens, année 1888, n^o 39, p. 795.

I

Imlach (P.). — British méd. Journ. 1886, p. 340.

J

Jacobs fils. — Quelques cas de grosse extra-utérine. J. de méd. chir., et pharm. Bruxelles, 1888.

Jeannel. — Revue médicale de Toulouse, 1^{er} mars 1887.

K

Klemm. — Ueber die Gefahren der Uterin-Injectionen, 1863.

Keller. — Zur Diagnose der Tubengraviditat (Zeitschr. für Geb. und Gyn. XXXI), 1891.

Kummell. — Zehn Laparotomien wegen Erkrankungen der Tuben (Deutsche, méd. Woch. XXV, 1890.

Keller (Elizabeth G) Case of hæmato salpinx.

Rep. Proc. alumnæ ass. womens, M. Coll. Penn. Phila. 1889. 79-81.

Keller. — Des grossesses extra-utérines, Th. Paris, 1872.

Kinskead. Du passage de l'œuf de l'ovaire à la trompe. De Fallope. Congrès de Londres in Ann. de gynécologie, nov. 1881, p. 378.

Kaltenbach. — Zur pathogenese de. Tubenruptur bei graviditas extra-uterina. Zeitschrift für gebrutshülfe und gynakol. XVI, Band II, Heft. 1889, p. 368-373.

Kirmisson. — Société de gynécol., 10 mai 1888.

Klein. — Zeitschr für geb. und. gyn. XX, 2.

Lawson Tait. — Traité des maladies des ovaires, traduit par Ollivier, Paris, 1886, Doin.

- Latour. — Histoire des causes des hémorrhagies, 1815.
- Lataste. — Théorie de la gestation extra-utérine. Comp.
- Le Dentu. — Hématocèle retro-utérine et grossesse extra-utérine, Fazdes hôp., 14 avril 1891.
- rend. S. biol. Paris, 1889, 9 s. 113-116.
- Landan. — Therapeutische Erfahrungen über Tubensacke. Berlin. Klin. Woch, n° 36, p. 830, 8 sep. 1890.
- Lempereur. — Des altérations que subit le fœtus après sa mort dans les tissus maternels. Th. de Paris, 1865.
- Lesouef. — Remarques sur trois cas de grossesses extra-utérine, Th. Paris, 1862.
- Landau et J. Rheinsteint. — Beitrage zur pathologischen Anatomie der Tube. Archiv für Gyn. XXXIX, 2.
- Lavie. — Salpingites, Th. de Paris, 1888.
- Lucas-Championnière. — Salpingites et ovarites, 1889.
- Lean (Mc.). — Brit. med. Journal, 17 mai, 1890.
- Lerous (Charles). — Arch. de toc. 1877, p. 496 et Soc. ant. de Paris, 6 avril, 1877.
- Lusk (W. J.). — Nouv. arch. obst. et gynéc. année 1888, p. 503.

M

- Morigny. — Contribution à l'étude de l'hématocèle rétro-utérine. Th. Paris, 1891.
- Martin. — Pathologie und Therapie der Pranen-Krankheiten, 1885.
- Monatsschrift für Geburtsh. — T. 34, obs. de Haselberg, p. 162.
- Maass. — Beitrage zur Tubenschwangerschaft. Inaugural dissertation welch. am 5 mars 1887, vertheidigen wird. Adolf Maass-Berlin M. Driesner, 1887, in-8.
- Marinus. — Mémoire sur la grossesse extra-utérine, par le Dr Marinus. Bruxelles. Manceaux, 1866, in-8.
- Mordret. — Etude anatomo pathologique et clinique sur les salpingo-ovarites. Paris, 1890, in-8.

- Maygrier. — Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine. Paris, 1886.
- Monprofit. — Etude chirurgicale sur les inflammations des organes génitaux internes de la femme. Th. Paris, 1888.
- Moreau. — Des grossesses extra-utérines. Thèse de Paris, 1853.
- Mattei. — Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines et de leur traitement. Gaz. des hôp. 1866. Paris.
- Malgaigne et Le Port. — Manuel de médecine opératoire. 9^e édit. 1889.
- Mangin. — Salpingite. Marseille médical, 1889.
- Martin. — Central. für gyn. 1889, n^o 40.
- Martin (Aug.). — Traité clinique des maladies des femmes. Paris, 1889, p. 530.
- Martin Durr. — Bulletin Société anat. de Paris, juin-juillet 1891, fasc. n^o 15, p. 379.
- Matlakowski. — Arch. für gynak Bd. XXXVIII Hft 3.
- Meyer (L.). — Zeitschr. f. Geb. und Gyn. XVI.
- Meinert. — Centr. f. gynak., 1888, p. 861-865.
- Melon. — Trait. de l'hématocèle péri-utérine par l'incision vaginale. Th. de Bordeaux, 1888.
- Morison (A. E.). — Edinb. Méd. journ. sept. 1888.
- Mott (F. W.). — Transact. Path. Soc. London, XII, p. 97. 1888-89.
- Murtry (Mac) Americ, J. obst. oct. 1889, janvier 1890.

N

- New-York Medical Journal, 1884-1891.
- Nonat. — Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1860.
- Noggerath. — American Journ. of obstetric, May 1875.
- Naught (Mc.). — Brit. med. Journal janvier 1888, p. 129.
- Nitot. — Rev. obst. de gynéc. Paris, 1891, VII, 251-261.

O

- Orthmann. — Ueber Tubenschwangerschaft in den ersten Monaten (Zeitschr. für Geb. und Gyn. XXI), 1891.
- Ozenne. — Des salpingites ex arch. gén. de médecine de Paris, 1890, p. 594-692.
- Obshausen. — Berlin Klinische Wochenschrift, 24 février 1890, n° 8, p. 181. Société de médecine de Berlin, séance du 5 févr. 1890 et Sem. méd. 12 févr. 1890.
- Oni. — Arch. de tocologie, 6 juin 1891, p. 433.

P

- Pasta. — Traité des pertes de sang chez les femmes enceintes, traduit par S. A. Alibert, an VIII.
- Puech. — De l'hématocèle peri-utérine, 1861.
- Péan. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. Paris, 1885, in-8.
- Pozzi. — Traité de gynécologie clinique et opératoire. Paris, Masson, 1890.
- Poncet. — De l'hématocèle péri-utérine. Th. d'Ag. Paris, 1877.
- Phénoménow. — De la gastronomie dans la grossesse extra-utérine. Paris, 1883, in-8.
- Parry. — Extra-uterine pregnancy, its causes, species, pathological anatomy, clinical, history, diagnosis, prognosis, and treatment. Philadelphie, 1835. London, 1836.
- Pauly. — De graviditate extra-uterina. Beral. 1838.
- Puech. — Du traitement de la grossesse extra-utérine. Ann. de gyn. t. XII, 1839.
- Pinard. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. Annales de gynécologie, 1889, p. 241-261.
- Parsons. — Brit. méd. J. 3 octobre 1891.

Péan. — Leçons clin.-chirurg. Paris 1888, p. 898-901.
Polaillon. — Bullet. Acad. de Méd. 19 avril 1890, p. 442-444.

Pengrueber. — Semaine médicale, 1886, 6 janvier, p. 1-3.
Pilliet. — Bulletins de la société anatomique, 1888 à 1892.

R

Rokitansky. — Handbuch der pathologie.

Raciborski. — Traité de la menstruation de l'ovulation et de la fécondation, etc... Paris, 1858, in-8.

Rogers. — Extra-utérine foetation and gestation. Phil. 1867.

Romiti. — De la grossesse extra-utérine. Th. de concours, Florence, 1875.

Roux. — Des grossesses extra-utérines, diagnostic. Th., Paris, 1872.

Revue de chirurgie, 1886.

Reynier. — Hématosalpinx. Bull. soc. chirurgie, XVIII, p. 278-283.

Riskallah. — Traitement des salpingites. Th., Paris. 1889.

Reed. — Méd. Record, 1887, 20 août, p. 205 et Tentr. f. gyn. p. 198, année 1888. Intra-péritonéale hamato-celle als folge des geplatzen Eisackes eimer Tubens chwangaschaft.

Reed. — Am. J. obst. N. Y. 1891, XXIV, 172-185.

Regnauld (Eug.). — Contribution à l'étude de la laparotomie dans la grossesse extra-utérine. Th. de Paris, 1891.

Reine. — Soc. obst. et gyn. de Kieff, 1890, p. 59, 87.

Rosenvasser. — Cleveland M. Gaz. 1888-1889, nos 345-354.

Routier (A.). — Ann. de gyn. et d'obst., 7 janvier 1890, p. 8-17.

Ruge. — Soc. obst. et gyn. de Berlin. Séance du 10 mai 1889.

S

- Scanzoni. — Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme, 1885.
- Spencer Wells. — Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs abdominales, 1886.
- Schroder. — Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, 1886.
- Sauvages. — Nosologie méthodique, 1771.
- Schuhl. — Des grossesses extra-utérines dans leurs rapports avec les grossesses subséquentes. Th., Nancy, 1883.
- Sinétv. — Traité de Gynécologie, Paris, 1879.
- Schröder. — Manuel d'accouchements traduit et annoté, par M. le Dr Charpentier, 1874.
- Sanger. — Centr. für gynak, 1890, p. 558. Ganseigrosse haematocele intra-peritonéalis.
- Scarff (J. H.). — Transact. am. assoc. obst. and. gyn. Philadelphie, 1888, 165.
- Scheurlen Charité an. Berl., 1889, XIV, 178-187.
- Schoolfeld. — Cincin. Lamect. Clinic., 1890, n. s., XXV, 101.
- Schourinoff. — Med. obozrenje, 1889, n° 6.
- Schourinoff (J.). — Akush. i. jeusk. boliez. St-Petersb., 1889, III, 605-628.
- Siegenbech (Von). — Henkelan Nederlandsh Pydeh. V. Gences-Künde, 1885, n° 35.
- Smolsky. — N. archiv. d'obst. et de gyn., Paris, 1890, 647-651.
- Smolsky. — J. d'obst. et de gyn., 1890, p. 225.
- Sinclair. — Brit. med. Journ., janvier 1888, p. 127.
- Stevenson. — Edimb. med. Journ., mars 1888.
- Stranch. — St-Petersburger med. Wochenschrift, 1890, n° 52.
- Stoker. — Brit. med. J. London, 1889, p. 715.
- Stoker. — Lancet London, 1889, I, 1036.

- Stoker (Thonby). — Acad. royale de médecine Irlandaise.
Section d'obst., 1889. B. med. J., avril 1889.
Surer. — Hœmatocèle intraperitonéale spontanée chez la
femme. Thèse de Paris, 1889-90.
Sutton (Bland). — Roy. med. and chirur. Soc., 2 nov. 1889.
Sulton. — Medico-chir. Transact. LXXIII, 1890, p. 55.
Szuman. — Nowing lekarskie, septembre et décembre, 1890.

T

- Terrillon. — Salpingites et ovarites, 1891, Paris, Doin.
Tiet. — On diseases of menstruation and ovarian inflam-
mation, 1850.
Thomas. — Traité clinique des maladies des femmes, 1879.
Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements,
1886.
Terrillon. — Trois nouvelles observations d'hémato-sal-
pingite et ovarite. (Communication faite à l'Acadé-
mie de médecine, Séance du 27 sept. 1887). Paris,
1887, in-8.
Triadou. — Des grossesses extra-utérines. Concours d'a-
grégation, Montpellier, 1866.
Theilhaber. — Un cas d'hémato-salpinx causé par une gros-
sesse tubaire. Münch. med. Woch., n° 492.
Talent. — Cent. f. gyn., année 1889, p. 167.
Theilhalber. — Münchener Medicinische Wochenschrift,
1891, XXXVIII, 492.
Trélat. — Bullet. Société de chirurgie de Paris, année 1886,
p. 318.
Tuffier et Rodiguer. — Bull. de la Société d'Anat., octobre
novembre 1891, fasc. n° 20, p. 589.
Tuttle. — Am. J. obst. janvier 1890.
— New-Y., obst. Soc., avril 1889.
Tait. (Lawson). — Maladie des ovaires, 1883.
— Brit. méd., J. p. 778, avril 1885.
— Lancet, 30 octobre 1886.
— Brit. gynec. J. London, 1888-89, p. 306-309.

- Brit. med. J. p. 1001, mai 1888.
- Lancet, 23 novembre 1889.
- Edinb. med. Journ., juillet 1889, p. 103.
- Cent. f. gyn. 1889, p. 362.
- Brit. méd. Journ. London., 1889, I, p. 78.
- Brit. med. J. 4 janvier 1890.
- Wood's mas. monog. 8 N.Y., 1890, p. 461. 585.
- Lancet, novembre 1889, n° 23.
- Traité clinique des maladies des femmes (Trad. Alb. Betailse), Paris, 1891.

V

- Voisin. — De l'hématocèle rétro-utérine, 1860.
- Vidal de Cassis. — Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice, 1840.
- Van Canvenberghe. — Des grossesses extra-utérines. Bruxelles, 1867.
- Von Gzizak. — De graviditate extra uter. comment. Héréd. 1824.
- Vapiet (H). — Bulletin de la Société anatomique de Paris, année 1888, 5^e série, t. II, p. 911.
- Veit (J.). — Deutsche Zeitsch. f. prat. méd., 1877, n° 34.
- Soc. obs. et gyn. de Berlin, 24 février 1888, 10 mai 1889.
- Berliner Klinische Wochenschrift, 3 mars 1890.
- Centr. für gynac et X^e cengrès intern. de Berlin, août 1890.
- Etsch f. geburtsh. u. gynak Stuttg., 1891, XXI, 447.
- Sammlung Klin. Vortrage. N. F., n° 15.
- Centr. für gyn. mai, 1891, n° 19, p. 376.

W

- Watkins Seymour. — Pelvie hæmatocèle, 1886
- Walter Heinrich. — Zur casuistik der hæmatosalpinx, Guiesssée, 1890, 8°, 46 p. 1 pl.
- Wathen (de Lonisville). — Amer Journal of obst. 1889. De

l'assimilation des hématomes pelviens à la grossesse ectopique.

Weinknecht. — De conceptu extra uterina, hal, 1891.

Willigt. — De la grossesse ovarienne. Journal de Halla, 1859.

Williams. — Histologie normale et pathologique des trompes de Fallope. Americ Journ of med. sc. oct. 1891.

Waquez. — Bull. de la société d'anat. de Paris, 5^e vol. nov. 1888.

Wathen (W.). — M. Y. med. J. mars, 1890.

Westermarck. — Nordisk medicinsk archiv. Stokholm, t. XIX, n^o 27.

Wiborg (Ang). — Hygica, n^o 8, année 1888.

Wyder. — Cent. Blatt. f. Schweizer aereste, n^o 1, p. 17, janv. 1890.

Wylie (Gill.). N. Y. obst. Soc. avril 1889.

Wylie (W. G.). — Ann. J. obst. N. Y. 1889, XXII, 1285, 1292.

Z

Zmigrodzki (Casimir). — De la laparotomie pendant la grossesse extra-utérine (Œuvre de la Société chirurgicale russe de Pirogoff, 1885 (en russe).

Id. Étude de la grossesse extra-intérine, symptômes, étiologie et traitement. Saint-Petersbourg, 1886, in-8^o, 262 (en russe),

Id. La grossesse extra-utérine en rapport avec la médecine légale (Wjestrix soudbenoi. Meditzine, vol. I, 1888) (en russe).

Id. Beitrage zur Lehre von den Extromterinschwangerschaft (Centrablat f. Gynacologie, 1888, n^o 10, p. 187).

Zucher (J.). — Centr. für Gynak, 14 avril 1888.

